

WIE JUIST DECLAREERT, HEEFT NIETS TE VREZEN

# Materiële controle: feiten en fabels



Over het onregelmatigheidsonderzoek van zorgverzekeraars, ofwel de 'materiële controle', bestaan veel misverstanden bij artsen. Zo wordt nogal eens gedacht dat verzekeraars zonder meer patiëntgegevens mogen inzien. Onzin, zegt Zorgverzekeraars Nederland, die de feitelijke spelregels en bevoegdheden hier uiteenzet.

**D**e media besteden regelmatig aandacht aan de materiële controle door zorgverzekeraars. De suggestie wordt dan vaak gewekt dat zorgaanbieders onder druk hun beroepsgeheim schenden en dat 'uw hele dossier nu al ergens op een bureau in een verzekeringskantoor ligt'.<sup>1</sup> Deze beelden zijn suggestief. De werkelijkheid ziet er anders uit.

### **Voldoende zekerheid**

De zorgverzekeraars zijn door de overheid aangewezen als uitvoerders van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Ze moeten zorgen voor kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor hun verzekerden. De zorgverzekeraar moet erop toezien dat ingediende nota's de daadwerkelijk geleverde zorg betreffen en dat misbruik, i.c. fraude, wordt bestreden. De verantwoording

door de zorgaanbieder over de geleverde zorg vindt primair plaats via de declaratie en wordt gecheckt via materiële controle. De Regeling zorgverzekering (Rzv) zegt hierover: *‘De kern van de declaratie wordt gevormd door de prestatiebeschrijving. Kern van de prestatiebeschrijving is een strikte relatie tussen de prestatie waarvoor de verzekerde is verzekerd, de aan deze door een zorgaanbieder geleverde prestatie, het in verband met die prestatie in rekening gebrachte tarief en het door de verzekeraar aan de zorgaanbieder te betalen of aan de verzekerde te vergoeden bedrag voor de kosten van die prestatie. De verzekeraar moet kunnen vaststellen dat deze strikte relatie (...) er is. Zonder formele en materiële controle door de zorgverzekeraar is dat niet mogelijk.’*

Het doel van materiële controle door een zorgverzekeraar is het verwerven van ‘voldoende zekerheid’ dat er geen sprake is van substantiële onrechtmatigheid en ondoelmatigheid in de gedeclareerde zorgverlening (zie paragraaf 1 van het Protocol materiële controle<sup>2</sup>). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft ten aanzien van de rechtmatigheid vastgesteld dat de zorgverzekeraar met 95 procent zekerheid moet kunnen aangeven dat 99 procent van de declaraties juist is. Voor het bepalen daarvan heeft de zorgverzekeraar slechts één instrument: de materiële controle. In het protocol staan de stappen aangegeven die een zorgverzekeraar doorloopt bij de uitvoering van die controle.

### Detailcontrole

Pas als de zorgverzekeraar geen andere mogelijkheid heeft om een uitspraak te doen over de rechtmatigheid, kan hij overgaan tot de door veel artsen gewraakte controlemethode waarbij de zorgverzekeraar individuele patiëntengegevens nodig heeft. Echter, het protocol is onderdeel van de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars en gebaseerd op de Rzv. Hierin staan gedragsregels en procedures voor zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars leven deze gedragsregels onverkort na. Uit de gedragscode en het bijbehorende Protocol Materiële Controle blijkt dat een detailcontrole als ‘ultimum remedium’ kan plaatsvinden, als op basis van eerdere stappen conform het protocol vragen onbeantwoord zijn gebleven en de zorgverzekeraar dus niet weet of de declaraties rechtmatig zijn geweest of niet.

## WORSTELING

Huisarts Chantal van 't Zandt krijgt in april 2014 volkomen onverwacht een brief van een zorgverzekeraar met als melding ‘Aankondiging materiële controle’. Ze had er nog nooit van gehoord. In Medisch Contact (De ‘materiële controle’ van een huisarts, MC 7/2015: 288) beschrijft ze de worsteling die daarop volgt, met 25 pagina's vragen over declaraties van de jaren daarvoor, een worsteling die haar tijdens een gecompliceerde zwangerschap wakker houdt en waarbij zelfs een externe statisticus wordt ingeschakeld. **redactie Medisch Contact**

Laat dus duidelijk zijn dat in verreweg de meeste gevallen er helemaal geen detailcontrole nodig is, omdat minder vergaande vormen van controle voldoende zijn. In die gevallen is het inzetten van detailcontrole onwenselijk, en gelet op de Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) ook niet toegestaan. De zorgaanbieder is verplicht om hieraan mee te werken.

Belangrijke voorwaarden voor detailcontrole zijn dat de beoogde informatie:

- noodzakelijk is voor het controledoel,
- alleen door detailcontrole kan worden verkregen, en
- dat de inzet van dit controle-instrument proportioneel is.

Hiermee wordt tegemoetgekomen aan het belang van het beschermen van de privacy van de patiënt, de mogelijkheid van zorgverzekeraars om controles uit te oefenen en aan het belang dat zorgaanbieders hebben bij het bewaren en bewaken van het medisch beroepsgeheim.

### Medisch adviseur

Tijdens de uitvoering van de materiële controle is de medisch adviseur verantwoordelijk voor het bewaken van de privacy van de ter beschikking gestelde gegevens van een patiënt.<sup>3</sup> Hij ziet erop toe dat er geen medische persoonsinformatie wordt opgenomen in rapporten, geen gevoelige informatie wordt verstrekt aan anderen en er – na afronding van het verslagjaar – geen tot de individuele patiënt herleidbare informatie wordt bewaard. Zoals het medisch beroepsgeheim voor de zorgaanbieder en zijn team geldt, zo geldt dat ook voor de medisch adviseur. Het enige wat er speelt, is dat de zorgaanbieder op strikte indicatie informatie over patiënten deelt met de medisch adviseur, net als een huisarts dat doet met een medisch specialist. De basis voor dit handelen is bovendien vastgelegd in wet- en regelgeving, waardoor toestemming van de patiënt niet noodzakelijk is. Daar kunnen zorgaanbieders op tegen zijn, maar het is gewoon een onderdeel van de spelregels rond het declaratieproces, die door alle partijen zijn opgesteld. Dat hele dossiers zomaar ergens op een bureau bij een verzekeraar liggen, is dan ook een fabeltje en doet geen recht aan de zorgvuldigheid waarmee het hele proces wordt uitgevoerd.

### Fraude

In 2012 schoot volgens de NZa nog ruim de helft van de zorgverzekeraars tekort in de uitvoering van de materiële controle. De NZa legde naar aanleiding daarvan aanwijzingen op. Dit heeft geleid tot een nadrukkelijker uitvoering van de materiële controles. Het bedrag aan opgespoorde verkeerde declaraties is mede daardoor gestegen van 214 miljoen in 2012 naar 356 miljoen in 2013 en ruim 449 miljoen in 2014. Dat is geld van verzekerden dat niet besteed werd aan het doel waarvoor het bestemd was. Dat betekent nog niet dat het fraude is. Fraude veronderstelt opzet. Dat komt ook voor. Maar het meest komt voor dat men de declaratieregels niet helemaal juist heeft toegepast. Door middel van terugvordering wordt dat dan gecorrigeerd. Als iemand onderwerp is van materiële controle of detailcontrole betekent dat nog niet dat deze wordt beschuldigd van fraude. Het

betekent wel dat het declaratiepatroon kennelijk afwijkend is en dat de zorgverzekeraar vragen heeft. Laat de zorgverzekeraar die vragen stellen en beantwoord ze gewoon. De zorgaanbieder die correct heeft gedeclareerd heeft niets te vrezen! Maar als er onjuist is gedeclareerd door een fout, waardoor onterecht geld van verzekeren is ontvangen, is het toch niet erg als dat moet worden terugbetaald? En als iemand opzettelijk onjuist heeft gedeclareerd en daarmee fraude heeft gepleegd, is het toch terecht dat die zorgaanbieder wordt aangepakt?

Ons protocol voorziet in een zorgvuldige controle van de juistheid van declaraties en is op de wet gebaseerd. Zo krijgt de zorgaanbieder het geld waar hij recht op heeft, maar ook niet méér. Suggesties dat er sprake zou zijn van afgedwongen schending van het beroepsgeheim en het blootleggen van patiëntgegevens aan medewerkers van zorgverzekeraars die deze gegevens niet nodig hebben voor hun functie-uitoefening, zijn dan ook onterecht. ■

## NOODZAKELIJKE DETAILCONTROLE: EEN VOORBEELD

Het aantal consulten langer dan 20 minuten ligt bij een beperkt aantal huisartsen in verhouding veel hoger dan bij collega's. Een verklaring daarvoor is niet te vinden, bijvoorbeeld als gekeken wordt naar de leeftijdsopbouw van de praktijk. De huisarts kan ook geen verklaring geven. Om te kunnen beoordelen of er daadwerkelijk sprake is van rechtmatige declaraties, kan alleen aan de hand van een steekproef uit de desbetreffende dossiers worden beoordeeld wat de onderliggende reden is geweest voor een consult langer dan 20 minuten. Aan de hand van de inzage in deze dossiers vormt de medisch adviseur zich een beeld. Dit wordt besproken met de huisarts, die de gelegenheid heeft het beeld eventueel bij te stellen. De medisch adviseur rapporteert aan de zorgverzekeraar in hoeverre de dossiers onterechte declaraties hebben omvat. Zijn er geen onrechtmatigheden, dan kan de materiële controle worden beëindigd. Worden er wel onrechtmatigheden geconstateerd (bijvoorbeeld omdat blijkt dat de huisarts een consult dat meerdere klachten omvat, beschouwt als een dubbel consult, ook al duurde dit niet langer dan 20 minuten) kunnen maatregelen worden getroffen en kan er eventueel zelfs worden teruggevorderd.

### contact

gh.mellema@amersfoortse.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

De voetnoten en de genoemde en andere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).