

## CONTROLES DOOR ZORGVERZEKERAARS

### Factsheet over formele en materiële controles en fraudeonderzoek

---

#### Controle door zorgverzekeraars

Huisartsen worden regelmatig geconfronteerd met het controleren van hun declaraties door zorgverzekeraars. Deze controles roepen vaak vragen op. Wat mag wel, wat mag niet, wat moet u doen? Op grond van de wet mogen zorgverzekeraars verschillende soorten controles uitvoeren. Namelijk de formele controle, materiële controle en het fraudeonderzoek. In dit factsheet leest u hoe deze controles werken, wat uw rechten en plichten zijn en die van de zorgverzekeraar. En we geven u een aantal tips voor het omgaan met een controle.

#### 1. De drie soorten controles:

##### - **Formele controle**

Formele controle richt zich op de randvoorwaarden van gedeclareerde zorg, bijvoorbeeld: was de zorg wel verzekerd, was de persoon wel verzekerd. Deze controle voert de zorgverzekeraar meestal uit op basis van (declaratie)gegevens uit de eigen administratie. Formele controle kan plaatsvinden voorafgaand aan betaling (afkeuren van declaraties), maar ook na betaling.

##### - **Materiële controle**

Bij materiële controle toetst de zorgverzekeraar 1) of de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid') en 2) of de behandeling de meest aangewezen was, gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid'). Bij de materiële controle kan de verzekeraar in uiterste instantie een detailcontrole uitvoeren en inzicht vragen in de medische gegevens van uw patiënt. Meer over het verschil tussen de controle op rechtmatigheid en doelmatigheid leest u in de [uitgebreide notitie](#).

##### - **Fraudeonderzoek**

Dat is een onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de verzekerde of de zorgaanbieder valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering pleegt of probeert te plegen.

#### 2. Regels voor huisarts en zorgverzekeraar

Welke **regels** zijn er **voor zorgverzekeraars**? De NZa houdt toezicht op hoe zorgverzekeraars hun controles uitvoeren. Hiervoor zijn regels opgesteld, die staan in de Regeling Zorgverzekering. De volledige eisen vindt u in de [uitgebreide notitie](#).

**Moet ik meewerken?** In geval van een materiële controle of fraudeonderzoek bent u wettelijk verplicht mee te werken. Voorwaarde is wel dat de controle plaatsvindt volgens de regels uit de Regeling Zorgverzekering.

Bij een formele controle is deze vraag minder relevant, omdat die controle plaatsvindt op basis van (declaratie)gegevens die de verzekeraar zelf al heeft.

### 3. Welke onderzoeksmethodes gebruiken zorgverzekeraars

**Formele controle:** de manier waarop verzekeraars formele controles mogen doen staat niet in de Regeling Zorgverzekering. Meestal maakt een zorgverzekeraar gebruik van de (declaratie)gegevens die zij al heeft. Bijvoorbeeld: in 2015 werd een formele controle uitgevoerd op het overschrijden van de (toen nog bestaande) 13-wekentermijn voor intensieve thuiszorg aan terminale patiënten. De zorgverzekeraar legde de eerste declaratie intensieve thuiszorg naast de bij hen bekende overlijdensdatum van de verzekerde en trok zo conclusies.

**Materiële controle en fraudeonderzoek:** Het controleproces loopt als volgt:

Stap 1: De zorgverzekeraar bepaalt rondom welke onderwerpen men controles wil uitvoeren

Stap 2: De zorgverzekeraar maakt een algemeen controleplan. Daarin wordt vermeld hoe de verzekeraar de materiële controles uitvoert en wat controle-onderwerpen zijn (bijvoorbeeld: onderzoek naar dubbele consulten, onderzoek naar samenloop ketenzorg / huisartsenzorg, etc.).

Stap 3: Het onderzoek wordt gestart. Uit de data van de verzekeraar komt naar voren welke praktijken afwijkende cijfers laten zien op de onderwerpen uit het algemeen controleplan.

Stap 4: Controlefase waarbij de huisarts betrokken wordt. Er wordt een specifiek controleplan gemaakt (gericht op de huisarts zelf). De huisarts wordt geconfronteerd met de uitkomsten van de analyse en wordt om uitleg gevraagd.

Stap 5: De zorgverzekeraar bepaalt of de verklaring van de huisarts de afwijking voldoende verklaart. Zo ja, dan wordt de controle gestaakt, zo nee, dan wordt de controle voortgezet.

Stap 6: Inzet verdere controlemiddelen. Bijvoorbeeld:

- data-analyse (veel toegepast: praktijkspiegels);
- verdere schriftelijke correspondentie over de afwijkingen;
- mondeling overleg tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar over de afwijking;
- verzending van enquêteformulieren aan verzekerden om na te gaan of door de zorgaanbieder verleende zorg is verleend.

Stap 7: De verzekeraar bepaalt of alle verkregen informatie de afwijking voldoende verklaart. Zo ja, dan wordt de controle gestaakt, zo nee, dan wordt de controle voortgezet.

Stap 8: Detailcontrole. Dat is een controle op basis van door de huisarts te verstrekken medische gegevens, ter verklaring van de afwijking. Detailcontroles mogen alleen worden ingezet als een minder ingrijpende controlemethode niet tot de gewenste zekerheid leidt.

#### **Statistiek**

Regelmatig zetten zorgverzekeraars statistiek in om “afwijkende” praktijken te vinden. Dit werkt als volgt:

1. De verzekeraar constateert een statistische afwijking en stuurt de huisarts een brief met de vraag: hoe verklaart u de afwijking?;
2. De huisarts kan dan een verklaring geven. Bijvoorbeeld: praktijkvariatie zoals veel ouderen in de praktijk;
3. De verzekeraar bepaalt naar aanleiding van de brief of dit voldoende verklaring vormt voor de afwijking. Zo ja: controle is ten einde. Zo nee: verder onderzoek.

Deze werkwijze is toegestaan. Wel moet u zeer kritisch zijn op de manier waarop de zorgverzekeraar statistiek inzet. Wat is de vergelijkingsgroep? Is deze vergelijkingsgroep wel de juiste groep? Heeft de verzekeraar zelf al gecorrigeerd voor praktijkvariaties als veel ouderen, etc? Bovendien vindt de LHV dat zorgverzekeraars zelf moeten controleren of er een bepaalde praktijkvariatie aanwezig is. Het kan niet zo zijn dat een zorgverzekeraar de “top 50 duurste huisartsen” selecteert en de betrokken huisarts vraagt zijn positie te verklaren. Wordt u met een soortgelijke situatie geconfronteerd, neem dan contact op met de afdeling Juridische Zaken van de LHV ([ijz@lhv.nl](mailto:ijz@lhv.nl)).

#### 4. Inzage in het medisch dossier

Inzage in het medisch dossier is een actueel en gevoelig onderwerp. Bij een formele controle is het meestal niet nodig om medische gegevens te verstrekken.

Is er sprake van een materiële controle of fraudeonderzoek, dan is inzage in medische gegevens “het laatste redmiddel”. Medische dossiers mogen pas worden ingezien als de controlestappen daarvoor onvoldoende duidelijkheid hebben opgeleverd. En ook dan gaat het alleen om die informatie die noodzakelijk is voor het onderzoek. De KNMG heeft een [stappenplan](#) gemaakt waar verzekeraars zich aan moeten houden.

**Wat vindt de LHV?** De LHV vindt dat de bestaande regeling op basis waarvan de huisarts gegevens moet verstrekken, te ver gaat. Wij vinden dat patiënten vooraf toestemming moeten geven voordat hun medische gegevens aan zorgverzekeraars worden verstrekt. Samen met onder meer de Patiëntenfederatie Nederland en de KNGF proberen wij dit in de wet verankerd te krijgen.

#### 5. Praktische tips voor de huisarts die wordt gecontroleerd

1. Gaat het om een controle met potentieel forse (financiële) consequenties? Zoek juridische bijstand. Veel huisartsen die te maken krijgen met een controle weten niet wat te doen. Neem daarom contact op met Juridische Zaken van de LHV ([ijz@lhv.nl](mailto:ijz@lhv.nl), 030 28 23 767).
2. Een materiële controle of een fraudeonderzoek begint vaak met een vragenbrief van de zorgverzekeraar. Zijn er onduidelijkheden of twijfels over de statistische onderzoeksopzet, vraag om opheldering alvorens de vragen te beantwoorden
3. Ga na wat voor controle de zorgverzekeraar uitvoert. Formele controle, materiële controle of fraudeonderzoek. Bij iedere controle gelden andere regels
4. Formele controle? Verstrek geen medische gegevens van patiënten
5. Afwijkende gezondheidssituatie van de patiëntenpopulatie? U kunt te maken hebben met een populatie die een groter beroep doet op de zorg. Waardoor er een logische verklaring is waarom uw praktijk anders ‘scoort’ dan andere praktijken. Verzekeraars proberen hiervoor te corrigeren. Dit gebeurt echter niet altijd of niet op de juiste manier
  - a. Raadpleeg daarom de rapporten van uw gemeente, zoals de “nota lokaal gezondheidsbeleid”
  - b. Maak gebruik maken van de gegevens in de [Vraag Aanbod Analyse Monitor](#) (VAAM) van Nivel.
  - c. Gebruik de Vektis praktijkspiegel. Daarmee kunt u uw praktijk (de gedeclareerde zorg) en uw patiënten vergelijken met “de gemiddelde huisarts”
6. Discussie over de wijze van declareren? Check de LHV-Declareerwijzer. In de LHV-Declareerwijzer staat precies hoe u verrichtingen mag declareren.
7. Houdt het geven van informatie beperkt tot dat wat gevraagd wordt
8. Is er sprake van een detailcontrole? Check het [stappenplan van de KNMG](#)

9. Is er sprake van een detailcontrole? Raadpleeg een jurist ([LHV Juridisch Zaken](#) of uw rechtsbijstandsverzekeraar)
10. Is er sprake van een detailcontrole? Vraag om de aanwezigheid van een medisch adviseur van de zorgverzekeraar

#### **Tips voor een gesprek met de zorgverzekeraar**

Regelmatig wil een zorgverzekeraar in het kader van een controle in gesprek met een huisarts. Dit kan voor beide kanten verhelderend werken. Ons advies is het gesprek aan te gaan. Let daarbij op het volgende:

1. Voer het gesprek op de praktijk
2. Vraag iemand ter ondersteuning bij het gesprek aanwezig te zijn. Denk bijvoorbeeld aan een praktijkmanager. De zorgverzekeraar laat zich vaak door meer dan één persoon vertegenwoordigen
3. Bekijk de gespreksverslagen kritisch. Zet pas een handtekening als het verslag een correcte en volledige weergave van het gesprek vormt