



Vaststelling informatie NZa

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) deelt mee het navolgende informatiemodel te hebben vastgesteld.

Vastgesteld op 24 juni 2014

Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zorgverzekeraars 2014

Het informatiemodel ligt ter inzage bij de NZa.
U kunt het ook raadplegen op www.nza.nl.



De Raad van Bestuur van de NZa heeft op 24 juni 2014 het in bijlage 1 opgenomen Informatiemodel Uitvoeringsverslag Zorgverzekeraars 2014 (inclusief bijbehorende bijlagen) vastgesteld. Dit informatiemodel treedt in werking met ingang van de dag na de datum van uitgifte van de Staatscourant waarin dit informatiemodel wordt geplaatst.

M.A. Ruys
Voorzitter Raad van Bestuur a.i.



BIJLAGE 1: INFORMATIEMODEL UV ZORGVERZEKERAARS 2014

De zorgverzekeraars moeten zich verantwoorden tegen de achtergrond van de van toepassing zijnde wet- en regelgeving en de hieruit voortvloeiende normenkaders. Voor de inrichting van het Uitvoeringsverslag (UV)¹ zijn de zorgverzekeraars gehouden aan dit informatiemodel. Op aspecten die niet in dit model zijn opgenomen zijn zorgverzekeraars vrij om het UV vorm te geven.

Het informatiemodel UV zorgverzekeraars 2014 is opgenomen in bijlage 1. In de bijlagen 2 tot en met 8 is het model nader gespecificeerd voor de van toepassing zijnde onderdelen. De normenkaders waarover de zorgverzekeraar zich moet verantwoorden zijn opgenomen in de bijlagen 4 tot en met 7. Deze normenkaders zijn identiek aan die in het Protocol onderzoek Zvw met oplevering in 2015. Bijlage 8 bevat een model voor een bestuursverklaring. Alle bijlagen samen vormen integraal het informatiemodel UV zorgverzekeraars 2014.

Nr.	Sub.nr.	Onderwerp
1.		Profiel zorgverzekeraar/organisatiestructuur De zorgverzekeraar schetst zijn profiel en betreft hierbij de volgende aspecten:
	a.	Aard van de activiteiten;
	b.	Landelijk of regionaal werkend en belangrijkste geografische werkgebieden;
	c.	Kwaliteitsborging werkzaamheden door derden (uitbestede werkzaamheden).
2.		Corporate Governance
	a.	Verantwoording in hoofdlijnen door bestuur;
	b.	Expliciete verantwoording over de naleving van het Protocol Incassotraject wanbetalers Zvw en privacy.
3.		Consumentenbelang
	a.	Informatieverstrekking aan verzekerden;
	b.	Invloed van verzekerden ¹ ;
	c.	Afhandeling van klachten en geschillen.
4.		Naleving wettelijke verplichtingen
	a.	Toegang tot de verzekering (acceptatieplicht/verbod op premiedifferentiatie);
	b.	Toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg (zorgplicht);
	c.	Betaalbaarheid zorgstelsel;
	d.	Overige wettelijke verplichtingen.

¹ Hierbij gaat het om de wijze waarop verzekerden in de praktijk invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld inspraak via een ledenraad.

¹ Het is toegestaan het Informatiemodel Maatschappelijk Verslag van Zorgverzekeraars Nederland te hanteren. Het Informatiemodel UV NZa wordt hierin opgenomen.



BIJLAGE 2: SPECIFICATIE VAN HET INFORMATIEMODEL UV ZORGVERZEKERAARS 2014

1. Profiel zorgverzekeraar/organisatiestructuur

Ad 1.c. Kwaliteitsborging werkzaamheden door derden (uitbestede werkzaamheden)²

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de werkzaamheden door derden slechts voor zover deze direct zijn gerelateerd aan de uitvoering van de Zvw.

- a) Voor de (eventuele) verkoop en het beheer van verzekeringsproducten door volmachten verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:
 - de naam van de volmachten en de absolute en de relatieve omvang van de kosten in de jaarstaat Zvw, onderdeel A;
 - hoe sturing is gegeven aan de werkzaamheden van de volmachten, welke afspraken zijn gemaakt en hoe de kwaliteit van de volmachten is geborgd;
- b) voor de (eventuele) overige uitbestede werkzaamheden verantwoordt de zorgverzekeraar zich over:
 - de wijze waarop is geborgd dat de juiste verschuldigde betalingen (onder andere premie, eigen risico) worden geïnd en tijdig worden verantwoord (inclusief de ontvangsten bij incassobureaus);
 - de wijze waarop is geborgd dat de aan consumenten verstrekte informatie transparant is en niet misleidend;
 - de wijze waarop is geborgd dat gegevens volledig en juist worden aangeleverd aan derden, waaronder het CAK (via onder andere Vektis);
 - de wijze waarop andere dan de hierboven genoemde uitbestede werkzaamheden zijn geborgd door de zorgverzekeraar.

2. Corporate Governance

Ad 2.a. Verantwoording in hoofdlijnen door bestuur

De zorgverzekeraar verantwoordt zich specifiek over:

- wat de belangrijkste focuspunten in het gevoerde beleid zijn geweest;
- de afwijkingen van het gevoerde beleid ten opzichte van het voorgenomen beleid;
- afwijkingen van de wet- en regelgeving, inclusief de genomen herstelacties.

Ad 2.b. Expliciete verantwoording over de naleving van het Protocol Incassotraject wanbetalers Zvw en privacy

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de naleving van:

- a) het Protocol Incassotraject wanbetalers Zvw, specifiek:
 - is het protocol nagekomen?
 - zo nee, op welke onderdelen niet, waarom niet, en wat is in de plaats van die onderdelen aan incassowerkzaamheden verricht?
- b) privacyverplichtingen in het kader van de Zvw (eventuele niet-naleving motiveren).

3. Consumentenbelang

Ad 3.a. Informatieverstrekking aan verzekerden

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de informatie die wordt verstrekt aan zijn verzekerden, specifiek over hoe wordt geborgd dat consumenten de juiste informatie krijgen wanneer de informatie mondeling wordt verstrekt. Het gaat onder andere om de informatieverstrekking over: gecontracteerd zorgaanbod, gecontracteerd zorgaanbod na 1 januari van het nieuwe polisjaar, inclusief de wijze waarop verzekerden worden geïnformeerd over de vergoedingsconsequenties hiervan voor lopende behandelingen, (kwaliteits)criteria op basis waarvan bepaalde aanbieders worden gecontracteerd, recht op zorg, vergoeding van zorg, bijbetalingen voor zorg.

² Als u als zorgverzekeraar werkzaamheden uitbesteedt, blijft u integraal verantwoordelijk voor de uitgevoerde werkzaamheden. Ook wanneer de zorgverzekeraar de plicht heeft om zorg te leveren en deze inkoop bij zorgaanbieders is er sprake van uitbestede werkzaamheden. Dit valt onder de zorgplicht van zorgverzekeraars en de informatie hierover wordt uitgevraagd bij onderdeel 4.b. (Toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg (zorgplicht)).



Ad 3.b. Invloed van verzekerden³

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de wijze waarop in de praktijk invulling wordt gegeven aan de invloed van verzekerden. De zorgverzekeraar vermeldt of de uitgeoefende verzekerdeninvloed heeft geleid tot wijzigingen in zijn beleid en zo ja, welke wijzigingen.

Ad 3.c. Afhandeling van klachten en geschillen

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de afhandeling van klachten en geschillen en over de resultaten daarvan. Specifiek wordt verantwoording afgelegd over de volgende punten:

- informatie over de afhandeling van klachten en geschillen over genomen besluiten;
- procedure/registratie van klachten en geschillen;
- analyse/evaluatie van de klachten en hieruit voortvloeiende (procedure-)aanpassingen: is een klachtenanalyse uitgevoerd, en zo ja, welke verbeteringen zijn er naar aanleiding van deze klachtenanalyse doorgevoerd?
- de wijze waarop de verzekerde over het verloop van de klachtenprocedure wordt geïnformeerd;
- aantal (klachten en geschillen samen) en gemiddelde termijn van afhandeling, gespecificeerd naar in ieder geval de onderwerpen transparante informatie, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie, zorgplicht.

4. Naleving wettelijke verplichtingen

Ad 4.a. Toegang tot de verzekering (acceptatieplicht/verbod op premiedifferentiatie)

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de toegang van de verzekerde tot de zorgverzekeringsmarkt op de volgende punten:

- a) naleving van de acceptatieplicht met als aandachtspunten:
- uitsluitingsgronden acceptatieplicht;
 - de beschikbaarheid van alle polisvarianten voor (potentiële) verzekerden én naleving van de acceptatieplicht op de diverse polisvarianten;
 - aantal weigeringen van aspirant-verzekerden met een splitsing naar soort uitsluitingsgrond (bijvoorbeeld fraude);
 - vermelding van de doelgroepcollectiviteiten⁴ die worden aangeboden met eventuele bijbehorende toelatingscriteria; specifiek:
 - vermelding van de namen van de doelgroepcollectiviteiten die de verzekeraar aanbiedt;
 - nadere omschrijving van de doelgroep waarop de polis is gericht;
 - vermelding van de toelatingscriteria die voor de betreffende collectiviteit gelden;
 - vermelding van eventuele additionele eisen voor verzekerden die niet tot de doelgroep behoren en zich toch voor de collectiviteit willen inschrijven (bijvoorbeeld extra administratieve eisen voor inschrijving);
 - via welk kanaal de collectiviteit wordt aangeboden (bijvoorbeeld uitsluitend via internet);
 - bij gebruik van volmachten en/of specifieke labels van de zorgverzekeraar: de doelgroepen die hiermee worden benaderd en de eventuele bijbehorende toelatingscriteria.
- b) naleving van het verbod op premiedifferentiatie met als aandachtspunten:
- expliciete vermelding of het verbod op premiedifferentiatie wordt nageleefd;
 - kortingen op de premiegrondslag als gevolg van collectiviteiten en vrijwillig eigen risico;
 - kortingen op het verplicht en/of vrijwillig eigen risico;
 - overige kortingen/toeslagen op de verschuldigde premie.

Ad 4.b. Toegang tot de zorg en/of vergoeding van zorg (zorgplicht)

De zorgverzekeraar verantwoordt zich op de volgende punten:

- a) eisen aan het verkrijgen van (vergoeding van) zorg met als aandachtspunten:
- machtigingsprocedures;
 - borging van de medische deskundigheid;
 - gebruik van (standaard)formulieren;
 - doorlooptijden;
 - accepteren van de toestemming van een voorgaande zorgverzekeraar;
 - vergoedingsprocedures;

³ Hierbij gaat het om de wijze waarop verzekerden in de praktijk invloed kunnen uitoefenen op het beleid van de zorgverzekeraar, bijvoorbeeld inspraak via een ledenraad.

⁴ Met doelgroepcollectiviteiten wordt bedoeld: collectiviteiten die specifiek gericht zijn op en/of uitsluitend toegankelijk zijn voor bepaalde doelgroepen zoals ouderen of studenten.



- weigeringen tot het verkrijgen van zorg⁵;
 - de meest voorkomende motivaties (afwijzingsgronden) die hierbij zijn gehanteerd, met specifieke aandacht voor het gebruik van andere gronden dan zorginhoudelijke⁶;
 - per afwijzingsgrond de frequentie waarmee zorg geheel of gedeeltelijk is geweigerd;
- beperkingen van vergoeding van zorg ten opzichte van de polis;⁷
 - de meest voorkomende motivaties die hierbij zijn gehanteerd;
 - per motivatie de frequentie waarmee vergoeding van zorg geheel of gedeeltelijk is beperkt.
- b) informatieverstrekking met betrekking tot afgewezen zorg/-vergoeding van zorg;
 - hoe wordt geborgd dat de juiste afwijzingsgronden worden gegeven en dat deze toetsbaar zijn voor de verzekerden (aan polisvoorwaarden/regelgeving)?
- c) contractering ziekenhuiszorg, met als aandachtspunten:
 - welke acties onderneemt de zorgverzekeraar om te zorgen dat het contracteringsproces tijdig – medio november – is afgerond?
 - indien de contractonderhandelingen niet zijn afgerond op het moment dat verzekerden hun polis aanschaffen (overstapperiode): hoe heeft de zorgverzekeraar zijn verzekerden geïnformeerd over de consequenties die dit heeft voor de vergoeding van lopende behandelingen?
 - gecontracteerd zorgaanbod na 1 januari van het nieuwe polisjaar, alsmede de reden van de verlate contractering;
 - (kwaliteits)criteria op basis waarvan bepaalde zorgaanbieders worden gecontracteerd.
- d) wat de zorgverzekeraar verstaat onder kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg (ongeacht of het gaat om gecontracteerde of niet-gecontracteerde zorg), of welke normen de zorgverzekeraar hanteert⁸.
- e) de wijze waarop de zorgverzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van gecontracteerde zorg (zowel bij prestaties in natura als bij prestaties via restitutie) waarborgt, met als specifieke aandachtspunten:
 - de wijze waarop de zorgverzekeraar inzicht verkrijgt in de kwaliteit en tijdigheid van zorg die zorgaanbieders in een bepaalde inkoopmarkt leveren en de bereikbaarheid van die zorgaanbieders ten opzichte van zijn verzekerden;
 - voor welke verstrekkingen afspraken worden gemaakt met zorgaanbieders over kwaliteit en voor welke over tijdigheid en/of bereikbaarheid;
 - op welke manier de zorgverzekeraar controleert of er zich kwaliteits-, tijdigheids- of bereikbaarheidsproblemen voordoen (welk proces) en hoe de zorgverzekeraar de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van een zorgaanbieder beoordeelt (welke toetsing), eventueel onderscheiden naar verstrekking;
 - de (eventuele) situaties waarin gecontracteerde zorgaanbieders onvoldoende kwalitatieve zorg hebben geleverd (naar het oordeel van de IGZ of conform de eigen kwaliteitscriteria) en welke consequenties de zorgverzekeraar hieraan heeft verbonden;
 - in hoeverre de zorgverzekeraar zijn verzekerden (proactief) ondersteunt bij het maken van een keuze voor een goede zorgaanbieder (bijvoorbeeld door selectief zorgaanbieders te contracteren of gerichte informatieverstrekking);
 - in hoeverre de zorgverzekeraar zorgaanbieders prikkelt om de kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg te verhogen;
 - in hoeverre de zorgverzekeraar transparant is naar zijn verzekerden over wat hij verstaat onder kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid en in hoeverre zijn gecontracteerde zorgaanbieders op deze onderdelen presteren;
 - in hoeverre de zorgverzekeraar afwijkt van gangbare normen en de motivatie hiervoor, zoals het hanteren van langere tijden dan de Treeknormen.
- f) de waarborgen van de zorgplicht bij prestaties in natura, specifiek met betrekking tot de wijze waarop de zorgverzekeraar 'voldoende' zorg beschikbaar heeft voor zijn verzekerden (per inkoopmarkt), met als aandachtspunten⁹:
 - de wijze waarop de zorgverzekeraar de zorgbehoefte van zijn verzekerden heeft bepaald;
 - de beschikbaarheid van alternatieven in gevallen van schaarste of andere beschikbaarheidsproblemen;
 - de (eventuele) situaties waarin het de zorgverzekeraar niet (direct) is gelukt om zorg te leveren

⁵ Het gaat hier ook om weigeringen waarvan achteraf is gebleken dat deze onterecht waren en eventueel in een later stadium door de zorgverzekeraar zijn gecorrigeerd.

⁶ Bijvoorbeeld of een zorgaanbieder wel of niet is gecontracteerd, of dat er geen aanspraak bestaat op die zorg.

⁷ Het gaat hier ook om beperkingen waarvan achteraf is gebleken dat deze onterecht waren en eventueel in een later stadium door de zorgverzekeraar zijn gecorrigeerd.

⁸ Er moet in ieder geval verantwoord worden over de volgende verstrekkingen: Huisartsenzorg, Mondzorg, Farmaceutische zorg, Verloskundige zorg, GGZ, Medisch specialistische zorg, Kraamzorg, Fysiotherapie, Oefentherapie, Logopedie, Ergotherapie, Dieetadvisering, Hulpmiddelenzorg en Vervoer. Het gaat hierbij niet om acute zorg. Voor de verantwoording kan de tabel in bijlage 5 worden gehanteerd.

⁹ Met 'voldoende' zorg wordt niet alleen bedoeld de hoeveelheid zorg, maar ook dat deze zorg kwalitatief goed, tijdig en op een redelijke reisafstand beschikbaar moet zijn.



en welke maatregelen toen zijn genomen om de beschikbaarheid van zorg voor betreffende verzekerden alsnog te waarborgen.

- g) continuïteit van (cruciale) zorg, met als aandachtspunten:
- welke activiteiten onderneemt de zorgverzekeraar om vroegtijdig mogelijke beschikbaarheidsproblemen bij gecontracteerde zorgaanbieders te signaleren en om de continuïteit van zorg, in het bijzonder cruciale zorg (ambulancetzorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang geestelijke gezondheidszorg en AWBZ) te waarborgen;
 - is er een early warning systeem (EWS) waarmee vroegtijdig eventuele (financiële) problemen bij zorgaanbieders kunnen worden gesignaleerd?
 - zo ja, hoe ziet dit EWS er op hoofdlijnen uit? Indien er geen EWS is, op welke wijze wordt dan zicht verkregen op (financieel) zwakke zorgaanbieders?
 - de wijze waarop de beleidsregel 'Overmacht continuïteit van cruciale zorg' (TH/BR-011) is geïmplementeerd in de organisatie van de zorgverzekeraar.

Ad 4.c. Betaalbaarheid zorgstelsel

- a) Verantwoording over de opgaven voor de verevening met als aandachtspunten:
- overschrijdingen wettelijk pakket/coulancebetalingen en wijze van financiering;
 - uitvoering formele controles. Zie voor de normenkaders waarover de zorgverzekeraar zich moet verantwoorden bijlage 4;
 - uitvoering materiële controles: zorgverzekeraars moeten materiële controles uitvoeren op de feitelijke en terechte levering van zorg. Zie voor de normenkaders waarover de zorgverzekeraar zich moet verantwoorden bijlage 5.
- b) Gepast gebruik. De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de naleving van het normenkader gepast gebruik:
- in *algemene* zin over de inspanningen op de onderdelen stand van de wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen op basis van het normenkader;
 - specifiek over de inspanningen op de onderdelen stand van de wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen op basis van het normenkader voor de volgende drie behandelingen:
 - Varices (spataderen);
 - P.A.O.D. (chronische belemmering van de bloedstroom naar de benen);
 - HNP (rughernia: Hernia Nuclei Pulposi).

Zie voor de normenkaders waarover de zorgverzekeraar zich moet verantwoorden bijlage 6.

- c) Onderzoek naar zorgfraude; Misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O). Zie voor de normenkaders waarover de zorgverzekeraar zich moet verantwoorden bijlage 7.
- d) Verantwoording over de uitvoering van de Compensatie verplicht eigen risico voor chronisch zieken en gehandicapten en gegevensverstrekking aan het CAK (Zvw, artikel 118a) met als aandachtspunten:
- de borging van de volledigheid van de aanlevering van de farmaciegegevens (FKG's) en DBC-gegevens (DKG's);
 - de borging van de werkzaamheden namens de zorgverzekeraar door Vektis. Deze werkzaamheden betreffen het verstrekken van gegevens aan het CAK vóór 1 oktober van het jaar waarin een uitkering wordt verstrekt.
- e) Vergoeden van een tarief dat niet gedeclareerd mag worden door zorgaanbieders, specifiek met betrekking tot^{10, 11}:
- de wijze waarop is geborgd dat nota's terecht en tegen de juiste tarieven worden vergoed;
 - de wijze waarop bij constatering van onterechte vergoeding en correctie hiervan, met het belang van de consument wordt omgegaan (zowel met betrekking tot de gegeven vergoeding als verrekening van het eigen risico).
 - de wijze waarop de zorgverzekeraar omgaat met meldingen van verzekerden over onjuiste of onterechte declaraties (registratie, analyse, eventuele actie).

Ad 4.d. Overige wettelijke verplichtingen

De zorgverzekeraar verantwoordt zich over de volgende overige wettelijke verplichtingen:

¹⁰ Zorgaanbieders mogen geen tarieven declareren:

- voor prestaties die niet geleverd zijn;
- zonder prestatiebeschrijving;
- met een andere prestatiebeschrijving dan geleverd is;
- met een afwijkend tarief of niet conform de Wmg;
- die niet aan de gestelde voorwaarden voldoen.

¹¹ Het gaat hier om een bepaling uit de Wmg. De zorgverzekeraar is daarom niet verplicht om zich over dit punt te verantwoorden in het UV.



- a) naleving Zvw met betrekking tot wanbetalers voor het verkrijgen van een bijdrage van het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) (artikel 34a Zvw)¹²
- zijn de wettelijke verplichtingen voor het verkrijgen van de bijdrage van het Zorginstituut nagekomen? Zo nee, op welke onderdelen niet en waarom niet?
 - heeft de zorgverzekeraar uiterlijk tien werkdagen nadat een premieachterstand van twee maanden is geconstateerd, een betalingsregeling aangeboden die aan de eisen van artikel 18a Zvw voldoet?
 - heeft de zorgverzekeraar zo spoedig mogelijk nadat een premieachterstand van vier maanden is geconstateerd, de in artikel 18b bedoelde vierdemaandsmelding verricht?
 - heeft de zorgverzekeraar, conform artikel 18c, de verzekeringnemer die tegen deze vierdemaandsmelding in het geweer is gekomen, niet voor het bestuursrechtelijke regime aangemeld zolang niet onherroepelijk (ten nadele van de verzekeringnemer) is beslist?
 - heeft de zorgverzekeraar, conform artikel 18c, de verzekeringnemer gedurende de looptijd van een schuldstabilisatie-overeenkomst niet voor het bestuursrechtelijke regime aangemeld?
 - is bij aanmelding van een wanbetaler aan het Zorginstituut vastgesteld dat het door verzekeringnemer opgegeven adres overeen komt met het in GBA opgegeven adres (of verklaring SVB/- werkgeversverklaring)?
 - is in alle gevallen waarbij de adresgegevens niet overeenkomen, afgezien van aanmelding van de verzekerde bij het Zorginstituut?
 - heeft de zorgverzekeraar bij de aanmelding voor het bestuursrechtelijke regime jegens het Zorginstituut verklaard dat hij zich aan het voorgaande heeft gehouden?
 - heeft de zorgverzekeraar zich gehouden aan de verplichting artikel 18d, 3e lid Zvw?
 - heeft de zorgverzekeraar ook nog voldoende andere op incasso van de premieschuld gerichte activiteiten, als bedoeld in afdeling 3.3.2 van de Zvw?
 - heeft de zorgverzekeraar meegewerkt aan activiteiten van de verzekeringnemer of een schuldhulpverlener om iemand door middel van het sluiten van een schuldregeling weer uit het bestuursrechtelijke regime te krijgen?

¹² Per 1 september 2009 is de Wet Structurele Maatregelen Wanbetalers Zorgverzekering van kracht geworden. Hierbij is een overgangsregime van toepassing waarbij voor elke zorgverzekeraar een andere datum geldt waarop hij overgaat van het oude regime naar de nieuwe wetgeving. Bij dit onderdeel dient u zich alléén te verantwoorden over de naleving van de Zvw met betrekking tot wanbetalers voor de periode waarop dit voor u (eventueel) van toepassing is. Verantwoording over het Protocol incassotraject wanbetalers Zorgverzekeringwet vindt plaats bij onderdeel 2.b. Corporate Governance.



BIJLAGE 3: TABEL KWALITEIT, TIJDIGHEID EN BEREIKBAARHEID VAN ZORG

Verstrekking ¹	Kwaliteit	Tijdigheid ²	Bereikbaarheid ³
Huisartsenzorg			
Mondzorg			
Farmaceutische zorg			
Verloskundige zorg			
GGZ			
Medisch specialistische zorg			
Kraamzorg			
Fysiotherapie			
Oefentherapie			
Logopedie			
Ergotherapie			
Dieetadvisering			
Hulpmiddelenzorg			
Vervoer			

¹ Overige verstrekkingen of vormen van zorg kunt u onder aan de tabel toevoegen. Het kan hier ook gaan om vormen van ketenzorg. Indien dit het geval is s.v.p. duidelijk de keten omschrijven onder de kop 'Verstrekking'.

² De tijdigheid waarmee een prestatie of product wordt geleverd wordt vaak uitgedrukt in 'toegangstijd' en 'wachtijd'.

³ De bereikbaarheid komt vaak tot uitdrukking in de wijze waarop contact met de zorgaanbieder kan worden opgenomen ('contactmogelijkheden'), de geografische afstand ('reisafstand') en de snelheid waarmee contact kan worden gekregen met de zorgaanbieder ('reistijd' en 'toegangstijd'). Dit contact kan zowel persoonlijk contact zijn (bijvoorbeeld spreekuur), als contact op afstand (onder andere via telefoon, internet).



BIJLAGE 4: NORMENKADER FORMELE CONTROLE

	Toetsingsaspect	Norm
1	De zorgverzekeraar heeft de toetsingspunten uit relevante wet- en regelgeving geïnventariseerd	<p>1.1 De zorgverzekeraar heeft een inventarisatie gemaakt van alle toetsingspunten uit relevante wet- en regelgeving (inclusief eigen contracten met zorgaanbieders), die bepalend zijn voor de formele controle aspecten van alle kosten van prestaties die vallen onder de Zvw.</p> <p>De zorgverzekeraar heeft de volgende formele controle aspecten bij de inventarisatie betrokken:</p> <ul style="list-style-type: none">a. de zorg is gedeclareerd voor een bij die zorgverzekeraar verzekerde persoon;b. de zorg behoort tot het verzekerde pakket Zvw van die persoon;c. de zorg is geleverd door een bevoegde zorgaanbieder;d. de zorg is gedeclareerd tegen het juiste tarief;e. voldaan is aan eventueel geldende wettelijke indicatievoorwaarden voor de zorg;f. de zorg niet in strijd is met eerder geleverde zorg op basis van de schadehistorie (o.a. samenloop farmacie/DBC, gebruikstermijnen hulpmiddelen, dubbele declaraties);g. voldaan is aan bepalingen uit de overige wet- en regelgeving (zoals Zvw, Regeling zorgverzekering, besluit zorgverzekering en NZa regels).
2	De zorgverzekeraar heeft inzicht in en overzicht van de controle-activiteiten	<p>2.1 De zorgverzekeraar heeft in een nadere uitwerking per toetsingspunt aangeven of en op welke wijze de controle ervan is georganiseerd</p> <p>2.2 De zorgverzekeraar betreft de geautomatiseerde declaratieverwerking bij de nadere uitwerking van de toetsingspunten, zodanig dat er op detailniveau inzicht is of en op welke geprogrammeerde controles er gesteund wordt, dan wel hoe dat dit voldoende is ondervangen met andere beheersingsmaatregelen.</p> <p>2.3 Bij toetsingspunten zonder controleactiviteit(en), heeft de zorgverzekeraar adequaat onderbouwd waarom controleactiviteit(en) achterwege konden blijven.</p>
3	De zorgverzekeraar heeft een controleplan opgesteld om de werking van de formele controles vast te stellen	<p>3.1 De zorgverzekeraar beschikt over een actueel controleplan voor formele controles, waarin is uitgewerkt op welke wijze, wanneer en door wie de werking van de benoemde controle-activiteiten wordt vastgesteld.</p>
4	De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het controleplan.	<p>4.1 De zorgverzekeraar heeft de formele controle tijdig en volledig uitgevoerd conform het eigen controleplan en hiervan een dossier opgesteld.</p> <p>4.2 Van de geprogrammeerde controles die het systeem uitvoert is een voldoende betrouwbare en continue werking aangetoond.</p> <p>4.3 De zorgverzekeraar onderbouwt de afwegingen indien geplande controleactiviteiten (over een bepaalde periode en/of zorgsoort) niet zijn uitgevoerd.</p>
5	De zorgverzekeraar neemt vervolgacties na constatering van onjuistheden en onzekerheden en verricht een evaluatie van de uitgevoerde controles.	<p>5.1 De zorgverzekeraar heeft voor alle uitgevoerde formele controles een foutenevaluatie opgesteld.</p> <p>5.2 De zorgverzekeraar heeft na constatering van onjuistheden en onzekerheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties.</p> <p>5.3 De zorgverzekeraar heeft op basis van de evaluatie van de bevindingen van de controles indien nodig maatregelen getroffen richting de zorgaanbieder. <i>Bijvoorbeeld een waarschuwing, terugvordering, stelselmatige controle en de resultaten daarvan inzichtelijk maken, uitsluiten van contracteren.</i></p> <p>5.4 De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat alle door hem of door de accountant geconstateerde onjuistheden tijdig worden gecorrigeerd en dat alle onzekerheden over de volledigheid en juistheid van de gegevens tijdig worden onderzocht en gekwantificeerd.</p>
6	Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de formele controles. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.	<p>6.1 Periodiek wordt management-informatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van de formele controles.</p> <p>6.2 Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de formele controles.</p> <p>6.3 Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen/Raad van Toezicht over de uitvoering van de formele controles.</p>



BIJLAGE 5: NORMENKADER MATERIËLE CONTROLE

	Toetsingsaspect	Norm
1	Organisatie: De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de opzet, uitvoering en evaluatie van de materiële controles.	<p>1.1. De zorgverzekeraar beschikt over een administratiesysteem dat waarborgt dat de uitvoering van materiële controles en het onderzoek naar fraudesignalen adequaat wordt ondersteund. De zorgverzekeraar neemt op inzichtelijke wijze in zijn administratie op:</p> <ul style="list-style-type: none">– hoe hij zijn controle-activiteiten heeft uitgevoerd;– het onderwerp en object van de controle-activiteit;– wat de resultaten zijn van die controle-activiteiten;– wat voor gevolgen hij heeft gegeven aan de uitkomsten van de materiële controles (zie ook norm 4.4). <p>1.2. Betrokkenheid fraudecoördinator en afdeling zorginkoop bij opzet en evaluatie van de controles.</p> <p>1.3. Controleteams met voldoende medische deskundigheid. <i>Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-geregistreerde medewerker voldoende kennis moet hebben van de onderwerpen die beoordeeld worden. Deze medewerker wordt betrokken bij de opzet, uitvoering en evaluatie van materiële controle en dat de detailcontroles uit de materiële controles onder supervisie van een medisch adviseur plaatsvinden.</i></p> <p>1.4. Voldoende controlecapaciteit en capaciteit aan medisch adviseurs in relatie tot de uitgevoerde risicoanalyse. <i>De risicoanalyse dient leidend te zijn voor de benodigde capaciteit en niet de beschikbare capaciteit voor de risicoanalyse.</i></p> <p>1.5. Controleteams waarin voldoende functiescheiding aanwezig is tussen zorginkoop en de uitvoering van materiële controles bij zorgaanbieders. <i>Dit houdt in dat zorginkopers niet de controles uitvoeren bij de zorgaanbieders waarvoor zij de zorginkoop verzorgen. Tevens mag zorginkoop niet zelfstandig de vervolgacties naar aanleiding van de uitkomsten van materiële controles bepalen.</i></p>
2	Controle-aanpak: De zorgverzekeraar heeft een algemeen en specifiek controleplan vastgesteld op basis van risicoanalyse conform de Regeling zorgverzekering.	<p>2.1 Tijdigheid (jaarlijks voorafgaande aan de uitvoering van de controles) van het plan van aanpak voor de uitvoering van de materiële controles.</p> <p>2.2 Het plan van aanpak is gebaseerd op de Regeling zorgverzekering (Staatscourant 2010 nr. 10581 d.d. 8 juli 2010). Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de algemene risicoanalyse/controleplan en de specifieke risicoanalyse(s)/controleplan(nen).</p> <p>2.3 De zorgverzekeraar heeft het controledoel bepaald. Bij de bepaling van het controledoel houdt de zorgverzekeraar rekening met de gestelde betrouwbaarheids- en nauwkeurigheidseis voor de financiële vereveningsopgaven.</p> <p>2.4 De risicoanalyses voor de algemene en specifieke controleplannen zijn uitgevoerd met voldoende reikwijdte en diepgang. <i>De algemene risicoanalyse raakt alle zorgsoorten. De algemene en specifieke risicoanalyses moeten worden opgesteld met inbreng van deskundigheid uit de verschillende organisatieonderdelen, waaronder in ieder geval zorginkoop, formele en materiële controle, de medisch adviseurs en de coördinator fraudebestrijding, als ook op basis van signalen, praktijkvariatie en klachten.</i></p> <p>2.5 In het algemene en specifieke controleplan zijn de objecten van materiële controle en de in te zetten controlemiddelen opgenomen. <i>De NZa verwacht dat de zorgverzekeraar specifiek ingaat op de inzet van bestandsanalyses, benchmarking/spiegelinformatie/praktijkvariatie, datamining, cijferanalyse).</i></p> <p>2.6 Het specifieke controleplan besteedt in opzet aandacht aan de procedurele voorwaarden voor het uitvoeren van detailcontroles. Deze procedurele voorwaarden betreffen de bepalingen uit de artikelen 7.5 tot en met 7.9 van de Regeling zorgverzekering met in het bijzonder de bescherming van de persoonsgegevens.</p>
3	Uitvoering: De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het algemene en specifieke controleplan.	<p>3.1. De zorgverzekeraar heeft de uitvoering van de materiële controles gericht op de vraag of de gedeclareerde zorg is geleverd.</p> <p>3.2. Bij de uitvoering van de materiële controles is gebruik gemaakt van de in de controleplannen beschreven controlemiddelen.</p> <p>3.3. De zorgverzekeraar heeft de materiële controle tijdig en volledig uitgevoerd conform de algemene en specifieke controleplannen of heeft afwijkingen van het plan adequaat onderbouwd en gekwantificeerd. <i>Tijdigheid: het uitgangspunt is dat de materiële controles zo veel als mogelijk over het jongste verantwoordingsjaar worden uitgevoerd.</i></p> <p>3.4. De zorgverzekeraar heeft om de daadwerkelijke levering van gedeclareerde zorg te beoordelen, voor zover nodig om de gestelde controledoelen te behalen, gebruik gemaakt van de instrumenten detailcontrole en/of enquête (gericht op risicogebieden).</p> <p>3.5. Er is afgewogen of het controleplan aangepast moet worden en/of er aanvullende materiële controles uitgevoerd moeten worden.</p> <p>3.6. De zorgverzekeraar heeft de zorgaanbieder geïnformeerd over de detailcontroles en voldaan aan de procedurele voorwaarden voor het uitvoeren van detailcontroles. Deze procedurele voorwaarden betreffen de bepalingen uit de artikelen 7.5 tot en met 7.9 van de Regeling zorgverzekering met in het bijzonder de bescherming van de persoonsgegevens.</p>



	Toetsingsaspect	Norm
4	Vervolgacties en evaluatie: De zorgverzekeraar neemt vervolgacties na constatering van onregelmatigheden en verricht een evaluatie van de uitgevoerde controles.	4.1. De zorgverzekeraar heeft voor elke uitgevoerde materiële controle een foutevaluatie opgesteld en indien noodzakelijk de (detail)controles uitgebreid. 4.2. De zorgverzekeraar heeft na constatering van onregelmatigheden een onderbouwde afweging gemaakt voor het instellen van vervolgacties. 4.3. De zorgverzekeraar zorgt ervoor dat alle door hem of door de accountant geconstateerde fouten tijdig worden gecorrigeerd en dat alle onzekerheden over de volledigheid en juistheid van de gegevens tijdig worden onderzocht en gekwantificeerd. 4.4. De zorgverzekeraar heeft op basis van de evaluatie van de bevindingen van de materiële controles zonedig maatregelen getroffen richting de zorgaanbieder. <i>Bijvoorbeeld een waarschuwing, terugvordering (op basis van extrapolatie van de bevindingen), stelselmatige controle en de resultaten daarvan inzichtelijk maken, uitsluiten van contracteren.</i> 4.5. De zorgverzekeraar heeft, op basis van de evaluatie en afhankelijk van de ernst van de bevindingen, zonedig maatregelen getroffen richting externe instanties. <i>Bijvoorbeeld het informeren van IGZ, het indienen van een klacht bij tuchtrechter, het inlichten van de NZa, het melden aan Extern Verwijzingsregister door de coördinator fraudebestrijding.</i> 4.6. De zorgverzekeraar heeft bij vermoeden van misbruik of oneigenlijk gebruik de coördinator fraudebestrijding ingeschakeld voor het instellen van nader onderzoek. 4.7. De zorgverzekeraar heeft de conclusie getrokken en vastgelegd of het totaal aan controlebevindingen (materiële controles samen met de overige bevindingen) binnen de vastgestelde nauwkeurigheidseis blijft, zoals is opgenomen in het protocol onderzoek Zvw met oplevering in 2015. (Nog) niet uitgevoerde controles worden hierbij aangemerkt als onzekerheid. Deze onzekerheid moet zo nauwkeurig mogelijk worden gekwantificeerd.
5	Sturing en managementinformatie: Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.	5.1. Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van de controles. 5.2. Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de controles. 5.3. Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen/Raad van Toezicht over de uitvoering van de controles.



BIJLAGE 6: NORMENKADER GEPAST GEBRUIK

	Toetsingsaspect	Norm
1	Organisatie:	
1.1	De zorgverzekeraar zet medische adviseurs in om ongepast gebruik te signaleren en tegen te gaan.	1.1.1 De zorgverzekeraar zet medische adviseurs in om ongepast gebruik te kunnen signaleren (bijvoorbeeld bij de zorginkoop, opzet en analyse van spiegelinformatie en datamining, uitvoering van controles en vervolgacties, het bespreken van ongepast gebruik met zorgaanbieders). 1.1.2 De zorgverzekeraar beschikt over voldoende medische adviseurs met kennis van de verschillende disciplines. <i>Voldoende medische deskundigheid houdt in dat een BIG-geregistreerde medewerker voldoende kennis moet hebben van de onderwerpen die beoordeeld worden.</i>
1.2	Zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, declaratieverwerking, interne controle en, rekening houdend met de onafhankelijke positie: Internal Audit, werken samen aan de bevordering van gepast gebruik.	1.2.1 Zorginkoop, materiële controle, medisch adviseurs, schadeverwerking, interne controle en, rekening houdend met de onafhankelijke positie: Internal Audit, hebben periodiek contact om de uitkomsten van de werkzaamheden en mogelijke impact op elkaars werkzaamheden en aanpak te bespreken.
2	Controle-aanpak:	
2.1	De zorgverzekeraar beschikt over een actueel controleplan, gebaseerd op een actuele risicoanalyse voor gepast gebruik met een mix van preventieve en repressieve (controle)maatregelen.	2.1.1 De zorgverzekeraar beschikt over een actueel controleplan voor gepast gebruik met een mix van preventieve en repressieve (controle-)maatregelen. Dit controleplan kan geïntegreerd zijn met het materiële controleplan. 2.1.2 De zorgverzekeraar heeft een actuele risicoanalyse als basis gebruikt voor het controleplan.
2.2	De zorgverzekeraar betreft in de risicoanalyses: <ul style="list-style-type: none"> • de Zorginstituut Nederland standpunten op www.zorginstituutnederland.nl; • signalen vanuit externe bronnen (zoals de media, werkgroepen in het veld en verzekerden over ongepast gebruik); • uitkomsten eigen onderzoeken en controles over ongepast gebruik; • uitkomsten praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie, etc.; • inbreng vanuit zorginkoop en de medisch adviseurs; • het financiële belang. 	2.2.1 De zorgverzekeraar betreft de Zorginstituut Nederland standpunten (ten aanzien van de stand van wetenschap en praktijk) in de risicoanalyse. 2.2.2 De zorgverzekeraar betreft signalen over ongepast gebruik vanuit externe bronnen (zoals de media, werkgroepen in het veld en verzekerden) in de risicoanalyse. 2.2.3 De zorgverzekeraar betreft uitkomsten uit eigen onderzoek en controles over ongepast gebruik in de risicoanalyse. 2.2.4 De zorgverzekeraar betreft uitkomsten van praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie etc. over mogelijk ongepast gebruik in de risicoanalyse. 2.2.5 De zorgverzekeraar betreft inbreng vanuit zorginkoop en medisch adviseurs over ongepast gebruik in de risicoanalyse. 2.2.6 In de risicoanalyse wordt het financiële belang van de schade en het mogelijke risico meegewogen. 2.2.7 De zorgverzekeraar legt zichtbaar de totstandkoming van de risicoanalyse en de keuzes in betrokken onderwerpen vast. 2.2.8 De zorgverzekeraar bewaakt procedureel dat nieuwe Zorginstituut Nederland standpunten, signalen vanuit externe bronnen, uitkomsten uit eigen onderzoek en controles, uitkomsten praktijkvariatie, datamining, spiegelinformatie en inbreng vanuit zorginkoop en medisch adviseurs tussentijds worden geïnventariseerd. 2.2.9 Tussentijds update de zorgverzekeraar de risicoanalyse (op basis van de bij punt 2.2.8 geïnventariseerde nieuwe bronnen).
3	Uitvoering en vervolgacties:	
3.1	De zorgverzekeraar betreft de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen zichtbaar in de zorginkoop bij zorgaanbieders.	3.1.1 De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en welke behandelingen (op welke gronden) selectief ingekocht (gaan) worden. 3.1.2 De zorgverzekeraar stelt specifieke voorwaarden bij de zorginkoop/contractering over de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen. 3.1.3 De zorgverzekeraar legt in het contract afspraken over controle en verantwoording vast.
3.2	De zorgverzekeraar controleert en handhaaft de contractuele afspraken met de zorgaanbieders.	3.2.1 De zorgverzekeraar controleert de naleving van contractuele afspraken periodiek. 3.2.2 De zorgverzekeraar neemt, op basis van de uitkomsten van de controle op naleving van contractuele afspraken, vervolgacties richting de zorgaanbieder.
3.3	De zorgverzekeraar bepaalt het machtigingenbeleid, mede in relatie tot gepast gebruik.	3.3.1 De zorgverzekeraar maakt een zichtbare afweging of en voor welke specifieke behandelingen aanbieders met het oog op gepast gebruik machtigingen aan moeten (gaan) vragen.
3.4	De zorgverzekeraar formuleert maatregelen in de polisvoorwaarden om controle en handhaving van de stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.	3.4.1 In de polisvoorwaarden zijn maatregelen geformuleerd om de controle en naleving van de stand van de wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen te bevorderen.
3.5	De zorgverzekeraar zet spiegelinformatie, statistische analyse en datamining in om afwijkingen in declaratiepatronen te constateren (praktijkvariatie).	3.5.1 De zorgverzekeraar maakt structureel gebruik van spiegelinformatie en statistische analyses om ongepast gebruik te signaleren. 3.5.2 De zorgverzekeraar heeft een datamining tool geïmplementeerd en zet structureel datamining in om ongepast gebruik te signaleren
3.6	De zorgverzekeraar onderneemt actie op basis van de uitkomsten vanuit spiegelinformatie, statistische analyse en datamining.	3.6.1 De zorgverzekeraar neemt vervolgacties op basis van de uitkomsten vanuit spiegelinformatie, statistische analyse en datamining.



	Toetsingsaspect	Norm
3.7	Gepast gebruik wordt zichtbaar meegenomen in de formele en materiële controles.	3.7.1 De zorgverzekeraar maakt in het controleplan een zichtbare afweging of en zo ja welke formele controles ingericht worden op gepast gebruik en voert deze controles in overeenstemming met het controleplan uit. 3.7.2 De zorgverzekeraar maakt in het controleplan een zichtbare afweging welke materiële controles ingericht worden op gepast gebruik en voert deze controles in overeenstemming met het controleplan uit. 3.7.3 De zorgverzekeraar licht indien hier aanleiding toe bestaat medische dossiers voor de controle.
4	Sturing en managementinformatie:	
4.1	Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van preventieve en repressieve (controle)maatregelen op het gebied van gepast gebruik. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.	4.1.1 Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgacties van de controles. 4.1.2 Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de activiteiten op het gebied van gepast gebruik 4.1.3 Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen of de Raad van Toezicht over de uitvoering van de activiteiten op het gebied van gepast gebruik.



BIJLAGE 7: NORMENKADER ZORGFRAUDE

	Toetsingsaspect	Norm
1	Organisatie: De zorgverzekeraar moet een toereikende organisatie hebben voor de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik in de Zvw.	1.1. De zorgverzekeraar heeft een coördinator fraudebestrijding. Hij heeft een duidelijke functieomschrijving met aandacht voor benodigde kennis en competenties en zelfstandige bevoegdheden voor het instellen van fraudeonderzoeken. Hij informeert medewerkers actief over beleid, risico's en procedures voor de beheersing van zorgfraude en over maatregelen en resultaten. 1.2. De coördinator fraudebestrijding is betrokken bij de opzet van de risicoanalyse. 1.3. De zorgverzekeraar kent voor de uitvoering van fraudeonderzoeken een aparte afdeling voor fraudebestrijding of aanspreekpunten binnen de verschillende processen. 1.4. Er is voldoende capaciteit op de afdeling fraudebestrijding om de onderkende risico's te kunnen mitigeren via het uitvoeren van fraudeonderzoek en om ontvangen en gegenereerde signalen af te wikkelen.
2	Controle-aanpak: De zorgverzekeraar heeft een actueel plan van aanpak – beleidsplan/controleplan – dat gericht is op de bestrijding van M&O.	2.1 De zorgverzekeraar beschrijft in het plan van aanpak op welke wijze en met toepassing van welke instrumenten hij het controledoel zal realiseren. 2.2 De zorgverzekeraar heeft beargumenteerd aangegeven of en in welke mate het plan van aanpak voldoet aan de (inrichtings-) eisen van het Protocol Zorgverzekeraars & Criminaliteit van het Verbond van Zorgverzekeraars en het Convenant aanpak verzekeringsfraude.
3	Uitvoering: De zorgverzekeraar heeft uitvoering gegeven aan het plan van aanpak bestrijding van M&O.	3.1. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&O heeft de zorgverzekeraar bestands- of systeemvergelijkingen uitgevoerd op onderkende risicogebieden van M&O. 3.2. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&O heeft de zorgverzekeraar verdiepend vervolgonderzoek uitgevoerd op signalen of vermoedens van M&O (signalen uit de monitoring van aanbieders, de materiële controles of de bestands- of systeemvergelijkingen). 3.3. Bij de uitvoering van de activiteiten voor de bestrijding van M&O heeft de zorgverzekeraar in voldoende mate aandacht besteed aan signalering, opsporing en afdoening van vermoeden van intern M&O. 3.4. De coördinator fraudebestrijding wordt bij alle gevallen van vermoeden van fraude ingeschakeld en is betrokken bij de evaluatie van de uitkomsten van materiële controles. 3.5. Bij geconstateerde onregelmatigheden als gevolg van M&O heeft de zorgverzekeraar onrechtmatig bestede Zvw middelen teruggevorderd/verrekend en de zorgovereenkomst aangepast/beëindigd. 3.6. Bij geconstateerde zorgfraude heeft de zorgverzekeraar melding gemaakt bij diverse instanties: het Kenniscentrum Fraudebeheersing en fraudezaken zijn geregistreerd in het Interne en Externe Verwijs Register. Ook is melding gemaakt bij beleidsbepalende organisaties (Ministerie VWS, Zorginstituut Nederland, NZa).
4	Vastleggen signalen: De zorgverzekeraar registreert signalen en onderzoek naar M&O in een database (of verwijzingsindex of incidentenregister) met inzicht in aard en omvang.	4.1. Uit de administratie van de zorgverzekeraar moet blijken hoe de controle op fraudesignalen is uitgevoerd, wat de resultaten en de gevolgen zijn. 4.2. De zorgverzekeraar legt in de administratie afwegingen vast ten aanzien van: – Het niet verder onderzoeken van een signaal op basis van een risicoafweging; – Het niet instellen van een verhaalactie hoewel het resultaat van een fraudeonderzoek hier wel aanleiding toe geeft. 4.3. In de database (of verwijzingsindex of incidentenregister) ligt ten minste vast: – Welke signalen van vermoeden naar M&O betrekking hebben op de Zvw; – Welke signalen van vermoeden naar M&O betrekking hebben op verzekerden en op zorgaanbieders; – In welke mate (aard, aantallen en bedragen) sprake is van daadwerkelijk geconstateerd M&O.
5	Sturing en managementinformatie: Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van de bestrijding van M&O. Hiervoor wordt managementinformatie gegenereerd.	5.1 Periodiek wordt managementinformatie gegenereerd met informatie over de voortgang, resultaten en vervolgcacties van onderzoeken naar M&O. 5.2 Het bestuur van de zorgverzekeraar geeft actief sturing aan de uitvoering van onderzoeken naar M&O. 5.3 Het bestuur van de zorgverzekeraar rapporteert periodiek aan de Raad van Commissarissen/Raad van Toezicht over de uitvoering van de onderzoeken naar M&O.



BIJLAGE 8: BESTUURSVERKLARING BIJ HET UITVOERINGSVERSLAG

Deze bestuursverklaring stuurt u met het uitvoeringsverslag 2014 en het bijbehorende rapport van bevindingen van de accountant, ingevuld en ondertekend aan de NZa.

Standaardtekst voor de bestuursverklaring bij het uitvoeringsverslag

Bestuursverklaring

Het bestuur van (statutaire naam zorgverzekeraar) verklaart dat de informatie in het uitvoeringsverslag Zvw 2014 juist is en niet strijdig is met andere beschikbare informatie¹.

De zorgverzekeraar heeft documentatie ter inzage beschikbaar zodat het uitvoeringsverslag en de totstandkoming ervan verifieerbaar is door de NZa.

Ondertekening door bestuur

Naam:

Datum: Plaats:

Handtekening:

¹ Te denken valt aan managementinformatie, andere verantwoordingen en uitgevoerde audits.

Bron: NZa