

Samenvattend rapport

**Onderzoek naar
kwetsbaarheden en
financiële
onregelmatigheden in
de zorg**

november 2014

Inhoud

Vooraf	5
1. Inleiding	7
1.1 Scope	7
1.2 Begrippen	8
1.3 Leeswijzer	9
2. Aanpak	11
2.1 Opzet onderzoek	11
2.1.1 Mogelijkheden in wet- en regelgeving	11
2.1.2 Kwantitatief onderzoek	11
2.2 Bijbehorende rapporten	12
3. Kwalitatieve analyse	15
3.1 Voorkom foutieve declaraties	15
3.1.1 Verhelder de regelgeving waar mogelijk	15
3.1.2 Declareer correct en controleerbaar	15
3.1.3 Het vergoeden van enkel gecontracteerde zorg	15
3.1.4 Controle op aanbieders moet gericht	16
3.2 Verbeter de controle achteraf	16
3.2.1 Fraudecontrole conflicteert met privacy	16
3.2.2 Verzekeraars ervaren te weinig financiële prikkels	17
3.2.3 Betrek de consument	17
3.2.4 Verbetering nodig bij een aantal verzekeraars	18
3.3 Conclusies en aanbevelingen	18
4. Kwantitatief onderzoek	21
4.1 Inleiding	21
4.2 Werkwijze	22
4.3 Beperkingen van de methode	22
4.3.1 De gebruikte gegevens	23
4.3.2 De gebruikte data is deels nog niet gecontroleerd	23
4.3.3 Reactie van verzekeraars op onze eerdere rapportage	23
4.3.4 Opsporing van spookzorg is moeilijk	24
4.3.5 Mogelijke gevolgen van beperkingen	24
4.4 Resultaten	25
4.4.1 Huisartsenzorg	25
4.4.2 Mondzorg	25
4.4.3 Farmacie	26
4.4.4 Curatieve geestelijke gezondheidszorg	26
4.4.5 Fysiotherapie	27
4.4.6 Medisch specialistische zorg	27
4.4.7 AWBZ – Zorg in natura	28
4.4.8 AWBZ – PGB	29
4.4.9 Onregelmatigheden	29
4.4.10 Controles en fraudeonderzoek door zorgverzekeraars	30
4.5 Conclusies en aanbevelingen	32

Vooraf

De NZa heeft het afgelopen jaar onderzoek gedaan naar fraudegevoelige aspecten in de Zvw en AWBZ. Wij hebben onderzocht welke risico's er zijn en of die risico's daadwerkelijk voorkomen. In dit rapport en in de bijlagen (zie overzicht onderaan) treft u onze bevindingen aan.

Kwetsbaarheden in zorgstelsel

In onze eerste rapportage van maart 2014 hebben wij het zorgstelsel doorgelicht op kwetsbaarheden en aanbevelingen gegeven om die kwetsbaarheden aan te pakken. Die aanpak is niet vrijblijvend: sommige beleidsdoelen strijden met elkaar.

Zo geven open omschrijvingen van aanspraken op zorg de ruimte aan zorgaanbieders om de zorg die zij leveren af te stemmen op de behoefte van de patiënt. Tegelijkertijd kan die ruimte het ook lastig maken om vast te stellen of een declaratie correct is of niet.

Daarnaast staan privacy en controle op gespannen voet met elkaar. Privacy is een groot goed. Het medisch beroepsgeheim en privacy mogen niet ter discussie staan. Tegelijkertijd is soms inzicht in persoonlijke gegevens nodig om te bepalen of een declaratie correct is. Binnen dit soort dilemma's zal het ministerie een heldere keuze moeten maken en de consequenties ervan voor de verschillende beleidsdoelen moeten aanvaarden.

Het beperken van de kwetsbaarheden in het zorgstelsel alleen is geen garantie dat er geen fraude meer voor zal komen. Wanneer iemand de intentie heeft te frauderen dan zal hij/zij dit ook doen wanneer we de kwetsbaarheden beperken. Deze intentie is geen onderdeel van ons onderzoek, maar wel van onze andere toezichtwerkzaamheden.

Het voorkomen van foute declaraties en verbeteren van controles

Uit ons onderzoek volgen een aantal aanbevelingen om foute declaraties te voorkomen en controles te verbeteren. Daarvoor is het nodig dat:

- de overheid daar waar mogelijk wet- en regelgeving verduidelijkt;
- zorgaanbieders vervolgens enkel dat wat ze kunnen uitleggen in rekening brengen. Hierbij zorgt een zorgaanbieder dat hij transparant en controleerbaar is, en hierover afspraken maakt met de verzekeraar;
- verzekeraars de mogelijkheid krijgen om foute declaraties te beperken door enkel gecontracteerde zorg te vergoeden. De wijziging van wet- en regelgeving die hiervoor nodig is wordt op dit moment in de Eerste Kamer behandeld;
- IGZ en Vektis de registers waarin aanbieders zich aan kunnen melden scherper gaan controleren, waarbij zij ook controleren op reeds bestaande aanbieders.

Voor het verbeteren van de controle achteraf is het nodig dat:

- de overheid zowel voor het mogen inzien van patiëntendossiers als voor de effecten van de risicoverevening een aanpassing in wet- en regelgeving doet;
- de patiënt een zorgverzekeraar helpt bij de controle van de rekening;
- een aantal verzekeraars die ondermaats presteerden op het gebied van materiële controle, gepast gebruik en misbruik/oneigenlijk gebruik haar prestaties hierop snel verbetert. Verzekeraars die momenteel zorg vergoeden die in strijd met artikel 35 Wmg is gedeclareerd, zijn zelfs in overtreding. De eerste resultaten van ons

huidige rechtmatigheidsonderzoek wijzen erop dat de zorgverzekeraars op diverse terreinen belangrijke progressie hebben geboekt.

Onregelmatigheden declaraties zorg

Een onderdeel van ons onderzoek is een kwantitatieve analyse van zorgdeclaraties geweest. Met *datamining* is gekeken naar mogelijke overtredingen van wet- en regelgeving en aanbieders die afwijken van het gemiddelde. Deze analyse heeft ons inzicht gegeven in waar het nu mis gaat en hoe het opsporen van niet-correcte declaraties verbeterd kan worden in de toekomst.

Er is ons gevraagd om een zorgfraudecijfer te berekenen. Dat is niet zonder meer mogelijk gebleken. Onze analyse biedt inzicht in waar het mis gaat, maar we hebben ontegenzeggelijk te maken met onzekerheden en beperkingen. We zien slechts het topje van de ijsberg, want we zien maar een deel van de foute declaraties. Het is niet mogelijk om de uitkomsten van onze analyse op een verantwoorde en betrouwbare wijze door te rekenen naar een totaalcijfer voor zorgfraude.

Met de uitkomsten van de data-analyses kunnen verzekeraars hun controleprocessen verbeteren. Zij kunnen hun proces nalopen, bestaande controles aanscherpen en nieuwe toetsen uitvoeren. Ook de NZa zal de data gebruiken voor prioritering in haar toezicht .

Tot slot

De oplevering van het rapport is een eerste stap. We hebben nu een belangrijke bouwsteen om verder te werken aan inzicht in de omvang van zorgfraude. De NZa werkt, met partners als het EZB, hieraan verder om zorgfraude aan te pakken. We zijn er daarnaast steeds meer van overtuigd dat een echt inzicht in de omvang van de fraude in zorg mogelijk is wanneer er gebruik kan worden gemaakt van steekproeven. De NZa gaat graag in gesprek met het ministerie om dit in de toekomst te realiseren. Daarnaast hecht de NZa veel waarde aan de steeds verdergaande samenwerking met andere toezichthouders zoals deze bijvoorbeeld plaats vindt in de Taskforce Integriteit Zorgsector. Zo houden we het basispakket aan zorg ook in de toekomst betaalbaar en toegankelijk, voor iedereen die dat nodig heeft.

Bij dit document horen de volgende bijlagen:

- Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie, GGZ, fysiotherapie en medisch specialistische zorg;
- Onderzoek naar onregelmatigheden in databestanden van de Zorg in Natura (ZIN) en het persoonsgebonden budget (PGB);
- Tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de GGZ, Een beeld van onregelmatigheden in de DIS data.

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

drs. M.A. Ruys
voorzitter Raad van Bestuur a.i.

1. Inleiding

We staan in Nederland voor de vraag hoe we de steeds stijgende kosten van de zorg kunnen blijven betalen. Hiervoor worden verschillende maatregelen genomen zoals het maken van afspraken over de totale groei van uitgaven, het maken van keuzes in het verzekerde pakket, het scherper inkopen door zorgverzekeraars, maar ook het voorkomen en opsporen van onjuiste declaraties.

Op 11 juli 2013 heeft de minister van VWS ons gevraagd om onderzoek te doen naar zorgfraude. Waar zitten de fraudegevoelige aspecten in de AWBZ en de Zvw? Welke risico's zien we? En komen die risico's daadwerkelijk voor in de zorg? In december 2013 hebben wij het tussenrapport onderzoek zorgfraude gepubliceerd. In maart 2014 hebben we een update gepubliceerd. Nu publiceren we alle bevindingen van ons onderzoek.

Onze bevindingen, conclusies en aanbevelingen zijn samengevat in dit rapport. Voor de details verwijzen we naar de rapporten die we gelijktijdig met dit samenvattend rapport publiceren.

1.1 Scope

De scope van het onderzoek is breder dan enkel zorgfraude. In het kwalitatieve deel van ons onderzoek kijken we naast zorgfraude ook naar andere risico's op het onterecht onttrekken van gelden uit de zorg die verband houden met declaraties zoals onrechtmatige declaraties en ongepast gebruik.

In het kwantitatieve deel van ons onderzoek sporen wij zo veel als mogelijk onregelmatigheden op. Een onregelmatigheid kan op meerdere manieren worden verklaard. Uit nader onderzoek kan blijken dat het bewust overtreden van de regelgeving met als doel financieel gewin de verklaring is (fraude dus). Het is echter ook goed mogelijk dat het hier geen zorgfraude betreft maar bijvoorbeeld ongepast gebruik, praktijkvariatie of dat het gaat om foutieve gegevens. Andersom kan het ook zo zijn dat declaraties die niet als onregelmatig worden bestempeld in dit onderzoek, frauduleus zijn. Deze declaraties kunnen niet naar voren komen in ons kwantitatief onderzoek. De scope van het kwantitatieve deel van het onderzoek is een onregelmatige declaratie, en niet een frauduleuze declaratie.

Wij hebben ook een keuze gemaakt als het gaat om de factoren die een rol spelen bij fraude. Wij richten ons op één van de drie factoren die een rol spelen bij fraude, namelijk op de mogelijkheid (kans) om fraude te plegen. In ons onderzoek richten we ons op de eventuele mazen in de wet- en regelgeving en de wijze waarop deze beperkt kunnen worden.

Wat we door die keuze in zeer beperkte mate bespreken, is de aantrekkelijkheid van het doelwit. Hiermee doelen we zowel op de voordelen van onrechtmatig declareren (financieel gewin) als de mogelijke nadelen bij ontdekking (boete en/of slechte publiciteit). De derde factor van belang is de intentie of overtuiging van de dader. Wanneer een dader de intentie heeft te frauderen dan zal hij/zij ook wanneer we de mogelijkheden beperken, proberen om op een andere wijze gewin te behalen. Andersom zijn er ook mensen die wanneer de gelegenheid wordt geboden een overtreding te plegen, dit niet doen

vanuit hun overtuiging. De intentie en overtuiging van zorgaanbieders is wel een factor in onze toezichtwerkzaamheden bij het bepalen van onze acties ter bevordering van correct declareren in de verschillende zorgsegmenten, maar behoort niet tot de scope van dit onderzoek.

1.2 Begrippen

In dit rapport gebruiken we een aantal begrippen. We hanteren drie hoofdbegrippen met daar bij een verschillende gradatie van ernst. In volgorde van lichte naar zware ernst:

Onregelmatigheden

We gebruiken onregelmatigheden als verzamelnaam voor hetgeen wij vinden op basis van ons kwantitatief onderzoek. We hebben in de data gezocht naar twee soorten onregelmatigheden. We hebben gekeken naar de mogelijke overtredingen van wet- en regelgeving. We richtten ons daarbij op wet- en regelgeving voor het in rekening mogen brengen van zorg, zoals de declaratieregels van de NZa. Daarnaast hebben we gekeken naar opvallende afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde. In paragraaf 4.4 worden enkele voorbeelden van afwijkingen genoemd. Deze opvallende afwijkingen kunnen voor ons aanleiding zijn om nader onderzoek te doen bij een aanbieder vanuit onze toezichthoudende rol.

Wanneer wij in dit rapport spreken over onregelmatigheden, dan hebben we het niet per definitie over een overtreding, omdat wij niet met zekerheid kunnen zeggen dat het een overtreding betreft. Onder onregelmatigheden worden immers ook mogelijke overtredingen en opvallende afwijkingen van het gemiddelde verstaan. Bij een onregelmatigheid hebben we een conclusie getrokken op basis van een databestand. Dit bestand kan bijvoorbeeld een onjuiste weergave van de werkelijkheid bevatten waardoor een onregelmatigheid geen overtreding betreft. Het kan tevens zo zijn dat een onregelmatigheid die is ontstaan als opvallende afwijking in een nader onderzoek juist goed verklaard kan worden. Ook in dat geval is geen sprake van een overtreding.

Onrechtmatigheden

Een onrechtmatige declaratie is een declaratie die is ingediend en die niet aan de wet- en regelgeving voldoet. Dit kan bijvoorbeeld zo zijn omdat het tarief bij de prestatie niet klopt of omdat de prestatie die in rekening wordt gebracht niet is geleverd. Het verschil tussen een onrechtmatigheid en een onregelmatigheid is dat er bij een onrechtmatigheid ook vastgesteld is dat een voorschrift is overtreden. In dit rapport wordt in plaats van onrechtmatige declaraties ook de term foutieve declaraties gebruikt.

Fraude

We spreken van fraude in de zorg, indien er sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) wederrechtelijk verkregen voordeel;
- overtreden van wet- en regelgeving;
- opzettelijk handelen.¹

¹ Deze definitie komt overeen met de definitie van de regiegroep 'verbetering van zorgfraudebestrijding' (VWS, 2012) en de definitie van het ZN Kenniscentrum fraudebeheersing (2012)

Om van een frauduleuze declaratie te kunnen spreken moet er sprake zijn van opzet. Om van een onrechtmatige declaratie te kunnen spreken hoeft er geen sprake te zijn van opzet.

1.3 Leeswijzer

Na deze inleiding lichten we in hoofdstuk 2 toe op welke wijze we hebben gewerkt en tot welke rapporten dit heeft geleid. In hoofdstuk 3 hebben we onze kwalitatieve analyse opgenomen. Vervolgens bespreken we in hoofdstuk 4 de mogelijkheden, beperkingen en resultaten van ons kwantitatieve onderzoek. Hierbij maken we tevens een vergelijking met de cijfers zoals verzekeraars jaarlijks opstellen. Zowel hoofdstuk 3 als hoofdstuk 4 worden afgesloten met een paragraaf conclusies en aanbevelingen.

2. Aanpak

2.1 Opzet onderzoek

Ons onderzoek bestaat uit twee delen. Ten eerste hebben we al in ons eerder gepubliceerde tussenrapport² gekeken op welke wijze wet- en regelgeving de mogelijkheid biedt om onrechtmatig te declareren. Ten tweede hebben we verschillende kwantitatieve onderzoeken gedaan.

2.1.1 Mogelijkheden in wet- en regelgeving

We hebben in 2013 een systeemanalyse uitgevoerd om te bekijken op welke punten wet- en regelgeving de mogelijkheid biedt om onjuist te declareren. Dit betreft enerzijds onrechtmatigheden waarbij men bij controle vast kan stellen dat er een regel overtreden is. Anderzijds betreft het ook het ondoelmatig leveren van zorg en ongepast gebruik. Deze verschijnselen zijn niet altijd direct te koppelen aan het overtreden van regels, maar worden in ieder geval als ongewenst gedrag beschouwd.

We hebben in die publicatie de huidige regels onder de loep genomen en indien nodig gekeken naar de op stapel staande of vastgestelde aanpassingen. Regelgeving en bekostiging uit het verleden laten we buiten beschouwing. In deze systeemanalyse hebben we onderscheid gemaakt tussen de mogelijkheden die gelden binnen het gehele stelsel en de mogelijkheden per zorgmarkt.

2.1.2 Kwantitatief onderzoek

Gedurende het onderzoek hebben we verschillende kwantitatieve onderzoeken uitgevoerd. Ons onderzoek is de eerste stap in een proces dat moet leiden tot een beter inzicht in de omvang van zorgfraude. De uiteindelijke resultaten laten zien welke onregelmatige declaraties wij aan hebben kunnen tonen. Deze declaraties zijn op basis van onze analyse niet te categoriseren als onrechtmatig of als frauduleus.

Voorafgaand aan ons kwantitatief onderzoek hebben wij verschillende onderzoeksopties bekeken. Onze voorkeur ging uit naar het uitwerken van een aselechte steekproef die groot genoeg is om een representatief beeld te creëren. Hierbij wilden we van een aantal ingediende declaraties tot in detail uitzoeken of deze terecht waren. Met deze methode en een aantal aannames wilden we tot een inschatting van de zorgfraude komen.

Om tot nauwkeurigere inschatting te komen is het nodig om ook steekproefsgewijs medische dossiers in te zien. Dit is wettelijk niet toegestaan. Bij een aselechte steekproef hebben wij geen voorafgaand vermoeden dat er iets mis is en zonder zo'n vermoeden mogen wij geen medische dossiers inzien. We hebben daarom niet de mogelijkheid om een inschatting te maken van het *dark number*.³

² http://www.nza.nl/104107/138040/Update-rapport_onderzoek_zorgfraude.pdf

³ Met het dark number wordt bedoeld dat we op die plekken waar criminaliteit opduikt, slechts een deel van het totaal te zien krijgen. We zien als het ware slechts het topje van de ijsberg. Het feit dat er een dark number is, maakt dat als men de omvang van bijvoorbeeld de criminaliteit wil schatten op basis van bijvoorbeeld politiecijfers, er altijd onderschat wordt. Een manier waarop men hier toch een vinger achter probeert te krijgen is via zogenoemde slachtofferenquêtes. Het lastige in de zorg hierbij is dat

We hebben daarom gekozen voor een alternatieve aanpak in drie stappen waarbij we ons richten op het opsporen van onregelmatigheden.

Ten eerste hebben we verzekeraars gevraagd hun informatie met ons te delen. Wij hebben bekeken welke (risico)analyses verzekeraars al hebben gemaakt en we hebben met een aantal van hen gesproken over de risico's die zij zien.

Ten tweede hebben we declaratiedata opgevraagd bij verzekeraars en zorgkantoren via Zorgverzekeraars Nederland. Hierbij hebben we gegevens van het CAK (eigen bijdrage) en het CIZ (indicatiestelling) voor de analyse op de AWBZ opgevraagd. Vektis heeft deze data geleverd.

Vervolgens hebben we het Fraude Detectie en Expertise Centrum (FDEC) de opdracht gegeven een analyse uit te voeren op deze gegevens waarbij de medewerkers van Vektis, CAK en CIZ hebben toegelicht hoe de data geïnterpreteerd moeten worden.

We hebben in de data gezocht naar twee soorten onregelmatigheden. We hebben gekeken naar de mogelijke overtredingen van wet- en regelgeving. We richten ons daarbij met name op onze wet- en regelgeving voor het in rekening mogen brengen van zorg. Wanneer we hier onregelmatigheden zien, dan is het is het nog van belang om na te gaan of de rekening ook echt is betaald.

Daarnaast hebben we gekeken naar opvallende afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde. Deze opvallende afwijkingen kunnen aanleiding zijn om nader onderzoek te doen.

De onregelmatigheden zijn in beide situaties niet op voorhand aan te merken als niet-correct en dus ook zeker niet als fraude. Om vast te stellen wat de oorzaak van de onregelmatigheid is, is nader onderzoek nodig. Wij brengen in ons onderzoek de onregelmatigheden in kaart die de basis vormen voor dergelijk onderzoek.

Daarnaast sporen we met onze methode alleen afwijkingen op. Het is bijvoorbeeld niet mogelijk met deze methode om fraude te ontdekken wanneer een fraudeleuze zorgaanbieder, die geen patiënten behandelt, wel conform het normale declareert. Daarom zullen naast kwantitatief onderzoek ook andere maatregelen, zoals de signalen van patiënten, altijd belangrijk blijven.

Ten derde vergelijken we de uitkomsten van de kwantitatieve analyse met hetgeen zorgverzekeraars zelf hebben gevonden in controles en fraudeonderzoeken. Hierbij bekijken we ook in hoeverre het voor verzekeraars mogelijk is om de resultaten van hun controles en fraudeonderzoeken te verbeteren.

2.2 Bijbehorende rapporten

Ons onderzoek bestaat uit meerdere rapporten. Dit samenvattend rapport kan los van de andere rapporten gelezen worden. Wij lichten in dit rapport kort alle onderzoeken die wij hebben gedaan toe.

slachtoffers indirect iets merken van de fraude. Het is in veel gevallen immers niet een persoon, maar de premiebetaler en/of verzekeraar die het slachtoffer is.

Tussenrapport onderzoek zorgfraude

Dit is ons eerder gepubliceerde tussenrapport in december 2013 (met update in maart 2014) met daarin een analyse over de kwetsbare plekken in het zorgstelsel. Het rapport bevat onder andere een overzicht van de mogelijkheden die er zijn om misbruik te maken van de regels. In deze systeemanalyse hebben we onderscheid gemaakt tussen de mogelijkheden binnen het gehele stelsel en de mogelijkheden per zorgmarkt.

Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie, GGZ, fysiotherapie en medisch specialistische zorg

Dit rapport is een update van het eerder verschenen rapport 'Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie en GGZ'. Het verschil met het eerder gepubliceerde rapport is dat nu ook de onregelmatigheden voor fysiotherapie en medisch specialistische zorg door FDEC in kaart zijn gebracht. Uit het rapport blijkt op welke wijze men onregelmatigheden kan opsporen en tot welke resultaten men kan komen.

Onderzoek naar onregelmatigheden in databestanden van de Zorg in Natura (ZIN) en het persoonsgebonden budget (PGB)

Hierin staan de uitkomsten van de kwantitatieve analyse die is uitgevoerd op databestanden in de AWBZ. FDEC stelde ook dit rapport op. Naast declaratiegegevens zijn er bestanden gebruikt waarin de indicatie en de te betalen eigen bijdrage van patiënten staat. Uit het rapport blijkt op welke wijze je onregelmatigheden kan opsporen en tot welke resultaten je kunt komen.

Tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de GGZ, Een beeld van onregelmatigheden in de DIS data

Dit is een analyse op basis van gegevens in het DBC-informatiesysteem (DIS), die zijn aangeleverd door aanbieders van geestelijke gezondheidszorg. Deze aanvullende analyse is uitgevoerd omdat we op basis van de declaratiegegevens in de GGZ slechts beperkt op onregelmatigheden konden toetsen. In de declaratiegegevens is de daadwerkelijk bestede tijd namelijk niet bekend. Deze is wel bekend in het DIS.

3. Kwalitatieve analyse

In onze tussenrapportage van maart 2014 hebben we een systeemanalyse uitgevoerd. Daarnaast hebben we beoordeeld in hoeverre de zorgverzekeraar en het zorgkantoor hun werkzaamheden rondom controle en fraudebestrijding goed uitvoeren. Dit leidt tot een aantal aanbevelingen die we in twee categorieën indelen: het voorkomen van foutieve declaraties en het verbeteren van de controle achteraf.

3.1 Voorkom foutieve declaraties

3.1.1 Verhelder de regelgeving waar mogelijk

Er bestaan binnen de regelgeving in de zorg open omschrijvingen van aanspraken. Deze open omschrijvingen van aanspraken bieden veel ruimte aan de professional om, in het belang van elke individuele patiënt, naar bevind van zaken te kunnen handelen. Tegelijkertijd maken dergelijke open omschrijvingen het moeilijk om eenduidig vast te stellen wat wel en niet ten laste van de Zvw en AWBZ kan worden gedeclareerd en vergoed.

Wij stellen prestatiebeschrijvingen en declaratieregels vast. Waar deze regelgeving onduidelijkheden bevat en grijze gebieden heeft, is het aan ons om het initiatief tot verbetering te nemen. Zo heeft de NZa in het kader van het traject 'Aanpak verantwoording en jaarrekening MSZ' via een lijst met uitspraken over toepassing van de regelgeving in specifieke praktijksituaties de regelgeving over de jaren 2012 t/m 2014 verhelderd. Hiermee creëren we zowel duidelijkheid richting de aanbieder over wat er wel en wat er niet mag als dat we de verzekeraar een instrument geven om afspraken te maken met aanbieders en hierop te controleren.

Daarnaast sluit de terminologie van aanspraken in de Zvw en bekostiging in Wmg niet goed op elkaar aan. De Zvw beschrijft wanneer een patiënt verzekerd is voor welke zorg. De Wmg beschrijft welke zorgverleners welke verzekerde en onverzekerde activiteiten in rekening mogen brengen. In de praktijk is dit onduidelijk. Wij nemen in overleg met Zorginstituut Nederland het initiatief om onduidelijkheden te verhelderen en het prestatiesysteem en de aanspraken waar mogelijk op elkaar af te stemmen.

3.1.2 Declareer correct en controleerbaar

We hebben ons in het onderzoek met name gericht op het controleren van declaraties en het verbeteren daarvan. Het begint echter met het indienen van een declaratie, en daarvoor is de zorgaanbieder verantwoordelijk. Een zorgaanbieder moet enkel dat declareren wat hij uit kan leggen, zodat hij een afwijkend declaratiepatroon ook zorginhoudelijk kan verklaren. Hij moet er hierbij tevens voor zorgen dat hij zijn administratie op orde heeft zodat hij controleerbaar is. Over de wijze waarop deze controle plaats vindt, kan hij afspraken maken met een verzekeraar.

3.1.3 Het vergoeden van enkel gecontracteerde zorg

In de voorgaande paragrafen hebben we het verhelderen van de regelgeving en het correct declareren besproken. De derde stap in dit proces is het controleren van declaraties. De manier waarop een aantal

verzekeraars dit proces dient te verbeteren wordt hierna besproken. We bespreken echter eerst de mogelijkheden voor verzekeraars om declaraties te beperken waarvan men verwacht dat deze foutief zijn. Het voorkomen van foutieve declaraties is immers een veel efficiëntere methode om de zorgkosten te beheersen dan een controle achteraf.

Eén van de manieren om foutieve declaraties te beperken is om zorgverzekeraars een mogelijkheid te geven alleen gecontracteerde zorg te vergoeden. Hierdoor kunnen verzekeraars de vergoeding voor zorg geleverd door aanbieders die slechte prestaties/kwaliteit leveren of waarvan het declaratiegedrag niet juist is, op voorhand uitsluiten. Ook kan zo de controleerbaarheid worden vergroot doordat de verzekeraar in de contracten met aanbieders afspraken kan maken over de verantwoording van declaraties. Deze afspraken ontbreken bij niet-gecontracteerde aanbieders.

Er ligt een wetsvoorstel om toe te staan dat naturaverzekeraars de kosten voor zorg geleverd door niet-gecontracteerde aanbieders niet vergoeden als dit in de modelpolis wordt geregeld. Hierbij geldt een aantal randvoorwaarden en uitzonderingen. Deze wijziging van artikel 13 Zvw zal, als het wetsvoorstel doorgang vindt, gelden voor een aantal zorgvormen, waaronder medische specialistische zorg en curatieve GGZ. Het wetsvoorstel is medio 2014 aangenomen door de Tweede Kamer. Het wetsvoorstel wordt op dit moment behandeld in de Eerste Kamer.

3.1.4 Controle op aanbieders moet gericht

Een tweede manier om foutieve declaraties te voorkomen is het verscherpen van de controle op zowel nieuwe als bestaande aanbieders. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft de mogelijkheid de controle op WTZi-toelatingen en BIG registraties te verscherpen, bijvoorbeeld door verwijdering van eerder veroordeelde/geschorste aanbieders uit deze registers.

In aanvulling hierop kan Vektis de controle op de AGB-codes⁴ van aanbieders verscherpen. Op dit moment beschikken zorgverleners vaak over meerdere AGB-codes. Dit vergroot de mogelijkheden tot het oneigenlijk gebruik van deze codes. Het gebruik van één AGB-code per zorgverlener maakt bovendien het vergelijken van zorgverleners op grond van data-analyse makkelijker. Dit komt fraude-opsporing en controle ten goede. Wij bevelen daarom ook aan dat Vektis een plan maakt om het bestand van AGB-codes zo zuiver mogelijk te krijgen en te houden.

3.2 Verbeter de controle achteraf

3.2.1 Fraudecontrole conflicteert met privacy

Een belangrijk onderdeel in het beperken van foutieve declaraties is het controleren van ingediende declaraties. Deze taak voeren verzekeraars uit en binnen de uitvoering hiervan zijn zij gehouden aan de wet- en regelgeving. De huidige wet- en regelgeving beperkt verzekeraars mogelijk in hun werk.

⁴ Het AGB (voluit Algemeen Gegevens Beheer) is een uniek identificerende registratie van zorgaanbiedergegevens ter ondersteuning van de verschillende processen in de zorg, waaronder het elektronische declaratie- en communicatieverkeer tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, zorginkoop en het 'gidsen' van verzekerden naar de juiste zorg.

Op dit moment mogen verzekeraars alleen patiëntendossiers onderzoeken als er een signaal is dat dit onderzoek rechtvaardigt. Bij materiële en formele controles geldt ook dat in de regel eerst algemene controles moeten worden uitgevoerd voordat er detailcontroles gedaan mogen worden. Verzekeraars zouden echter effectiever kunnen zijn als zij bij een standaardcontrole een steekproef nemen uit patiëntendossiers. Zo sporen zij eerder (vermoede en onvermoede) fraude en frauderisico's op en kunnen zij hun controletaak steviger oppakken.

Meer controlemogelijkheden leidt al snel tot een afname in de privacy van de patiënt. Het borgen van privacy in het algemeen en het medisch beroepsgeheim in het bijzonder zijn een groot goed. De manier waarop er op dit moment invulling wordt gegeven aan het borgen van de privacy beperkt echter de controlemogelijkheden van de verzekeraar. Als men fraudeopsporing wil verbeteren, moet men ook kijken naar de vraag of zorgverzekeraars over voldoende controle-instrumenten beschikken.

Onze aanbeveling aan de wetgever is om stil te staan bij deze vraag, en daarbij ook oog te hebben voor de spanning tussen enerzijds het geven van (meer) effectieve controle-instrumenten aan zorgverzekeraars en anderzijds de wijze waarop en de mate waarin de privacy van de patiënt moet worden geborgd.

3.2.2 Verzekeraars ervaren te weinig financiële prikkels

Een tweede onderdeel waarnaar vanuit de overheid gekeken moet worden, is de wijze waarop het risicovereveningssysteem het gedrag van een verzekeraar bepaalt. Een belangrijke drijfveer voor controle door zorgverzekeraars is de financiële prikkel die zij ondervinden om het verlies te beperken. Dit heeft vervolgens weer tot gevolg dat een verzekerde een lagere premie betaalt.

Het risicovereveningssysteem bepaalt in belangrijke mate de prikkels voor verzekeraars in de Zorgverzekeringswet (Zvw). Binnen dit systeem geldt de wettelijke voorwaarde dat aangetoonde fraude niet mag worden ingebracht om de nieuwe normuitkeringen in de risicoverevening te bepalen, zelfs als deze niet teruggevorderd kon worden. Hierdoor ondervinden verzekeraars een nadeel voor iedere euro fraude die zij opsporen maar die niet valt te verhalen. Verzekeraars kunnen hierdoor onder bepaalde omstandigheden een te kleine prikkel ervaren om vastgestelde fraude terug te vorderen en te melden ondanks dat ze in overtreding zijn als ze onrechtmatig gedeclareerde zorg vergoeden.

Wij adviseren de minister op dit punt om niet langer de gedetecteerde maar alleen de feitelijk teruggevorderde fraudebedragen binnen de risicoverevening van daaropvolgende schadejaren te laten verrekenen, zodat verzekeraars geen nadeel ondervinden van fraudeopsporing.

3.2.3 Betrek de consument

Naast de overheid kan ook de patiënt helpen bij het opsporen van foutieve declaraties. Hiermee kunnen de zorguitgaven worden beperkt wat weer leidt tot een lagere premie. De patiënt kan van meerwaarde zijn omdat hij degene is die twee belangrijke vragen ter controle kan beantwoorden, namelijk "bent u bij de zorgverlener geweest?" en "is bij u de zorg geleverd zoals deze in rekening wordt gebracht?" Zoals gezegd is de patiënt degene die deze vragen kan beantwoorden. Daarnaast zal een actieve rol van de patiënt tot controle op een veel groter aantal aanbieders leiden dan een verzekeraar vanuit haar eigen controles kan bereiken.

De mogelijkheden om patiënten te mobiliseren voor dit doel zijn al aanwezig. Verzekeraars bieden patiënten momenteel steeds vaker de mogelijkheid om declaraties die door hen of door de zorgverlener zijn ingediend te bekijken via een digitale omgeving. Dit gebeurt nu op een passieve informerende wijze. Verzekeraars kunnen een verzekerde in aanvulling hierop vragen of een rekening van een aanbieder terecht is ingediend bij de verzekeraar. Op deze wijze krijgt een verzekeraar snel inzicht in mogelijk onjuiste declaraties.

De overheid ondersteunt verzekeraars hierin. Per 2014 zijn er stappen gezet om de informatie op de nota uit te breiden, bijvoorbeeld door het verplicht vermelden van contactmomenten en operaties op de nota voor medisch specialistische zorg. Verzekeraars koppelen deze informatie vervolgens terug aan hun verzekerden. Daarnaast is het zo dat hoe langer de verzekeraar moet wachten met het toetsen van een rekening bij de consument, hoe kleiner de kans is dat de consument zich nog kan herinneren of de rekening overeenkomt met de geleverde zorg. Wij adviseren de minister daarom om de termijn waarop aanbieders en consumenten een afgesloten zorgtraject moeten declareren, te verkorten.

3.2.4 Verbetering nodig bij een aantal verzekeraars

De voorgaande acties kunnen de verzekeraar ondersteunen in haar controles. Daarnaast beoordelen wij jaarlijks of verzekeraars hun controles in voldoende mate uitvoeren. Zij hebben immers de plicht goed te controleren en zijn zelfs in overtreding als zij zorg vergoeden die in strijd met artikel 35 Wmg is gedeclareerd. Uit ons samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012⁵ bleek dat een deel van de verzekeraars hun controles moest verbeteren.

Wij beoordeelden verzekeraars op onder andere materiële controle, gepast gebruik en misbruik/oneigenlijk gebruik. Zorgverzekeraars scoorden hierop verschillend. Drie van de elf verzekeraars scoorden op alle drie deze onderdelen een voldoende en lieten zien dat het mogelijk is om alle controles goed uit te voeren. Van de overige acht verzekeraars waren er echter ook vier die op alle drie de onderdelen een onvoldoende scoorden. De verzekeraars die onvoldoendes hebben gescoord hebben hierop actie ondernomen. In het voorjaar van 2015 publiceren we het samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2013. De eerste resultaten van dit onderzoek wijzen erop dat de zorgverzekeraars op diverse terreinen belangrijke progressie hebben geboekt.

3.3 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk adviseren we over het voorkomen van foutieve declaraties en het verbeteren van de controles hierop achteraf.

Voor het voorkomen is het nodig dat :

- de overheid daar waar mogelijk wet- en regelgeving verduidelijkt;
- zorgaanbieders vervolgens enkel dat wat ze kunnen uitleggen in rekening brengen. Hierbij zorgt een zorgaanbieder dat hij transparant en controleerbaar is, en hierover afspraken maakt met de verzekeraar;

⁵ Samenvattend rapport, Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2012, Vereveningsonderzoek en compensatie eigen risico (CER), februari 2014, NZa. http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_Rechtmatige_uitvoering_Zo_rgverzekeringswet_2012.pdf

- verzekeraars de mogelijkheid krijgen om foutieve declaraties te beperken door enkel gecontracteerde zorg te vergoeden. De wijziging van wet- en regelgeving die hiervoor nodig is wordt op dit moment in de Eerste Kamer behandeld;
- IGZ en Vektis de registers waarin aanbieders zich aan kunnen melden scherper gaan controleren, waarbij zij ook controleren op reeds bestaande aanbieders.

Voor het verbeteren van de controle achteraf is het nodig dat:

- de overheid zowel voor het mogen inzien van patiëntendossiers als voor de effecten van de risicoverevening een aanpassing in wet- en regelgeving doet;
- de patiënt een zorgverzekeraar helpt bij de controle van de rekening;
- een aantal verzekeraars die ondermaats presteerden op het gebied van materiële controle, gepast gebruik en misbruik/oneigenlijk gebruik haar prestaties hierop snel verbetert. Verzekeraars die momenteel zorg vergoeden die in strijd met artikel 35 Wmg is gedeclareerd, zijn zelfs in overtreding. De eerste resultaten van ons huidige rechtmatigheidsonderzoek wijzen erop dat de zorgverzekeraars op diverse terreinen belangrijke progressie hebben geboekt

4. Kwantitatief onderzoek

4.1 Inleiding

De wijze waarop we ons kwantitatief onderzoek hebben uitgevoerd is een eerste bouwsteen in een proces dat moet leiden tot een beter inzicht in de omvang van zorgfraude. In dit verdere proces kunnen we bijvoorbeeld ook kijken naar andere onderzoeksmethoden. Dit zullen we doen in samenwerking met andere partijen, zoals het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZB), die ook bijdraagt aan de integrale aanpak van zorgfraude door onder meer het maken van analyses van de grootste risico's.

In het kwantitatieve deel van ons onderzoek sporen wij zo veel als mogelijk onregelmatigheden op. Een onregelmatigheid kan op meerdere manieren worden verklaard. Uit nader onderzoek kan blijken dat het bewust overtreden van de regelgeving met als doel financieel gewin de verklaring is (fraude dus). Het is echter ook goed mogelijk dat het hier geen zorgfraude betreft maar bijvoorbeeld ongepast gebruik, praktijkvariatie of dat het gaat om foutieve gegevens. Andersom kan het ook zo zijn dat declaraties die niet onregelmatig zijn, frauduleus zijn. Deze declaraties zullen niet naar voren komen in ons kwantitatief onderzoek. De scope van het kwantitatieve deel van het onderzoek is een onregelmatige declaratie, en niet een frauduleuze declaratie.

We kunnen met ons onderzoek geen zorgfraudecijfer voor Nederland bepalen. Het is op basis van ons onderzoek wel goed mogelijk om actie te ondernemen daar waar het nu mis gaat. Verzekeraars maken al steeds meer gebruik van data-analyse. Een aantal verzekeraars moet hun controles en fraude-opsporing echter nog verbeteren en dit onderzoek kan hen daarbij helpen. Ter ondersteuning publiceren we naast onze uitkomsten ook de methode en de toetsen integraal. Het kwantitatieve deel van dit onderzoek is een goed middel voor iedere verzekeraar om na te lopen of zij bestaande controles kan aanscherpen en nieuwe controles kan starten. Wij zullen daarnaast ook verder gaan met het aanscherpen van bestaande en uitvoeren van nieuwe toetsen.

Zoals eerder benoemd hebben wij gekozen voor een opzet in drie stappen. Ten eerste hebben we verzekeraars gevraagd om de informatie die zij al hebben verzameld. Wij hebben bekeken welke (risico)analyses verzekeraars al hebben gemaakt en hebben met een aantal een gesprek gevoerd over de risico's die zij zien.

Ten tweede hebben we declaratiedata opgevraagd bij verzekeraars en zorgkantoren via Zorgverzekeraars Nederland. Hierbij hebben we gegevens van het CAK (eigen bijdrage) en het CIZ (indicatiestelling) voor de analyse op de AWBZ opgevraagd. Vektis heeft deze data geleverd.

Vervolgens hebben we het Fraude Detectie en Expertise Centrum (FDEC) de opdracht gegeven een analyse uit te voeren op deze gegevens waarbij de medewerkers van Vektis, CAK en CIZ hebben toegelicht hoe de data geïnterpreteerd moeten worden.

FDEC heeft in de data gezocht naar twee soorten onregelmatigheden. Ze hebben gekeken naar de mogelijke overtredingen van wet- en regelgeving. Ze richtten zich daarbij op de door ons zelf opgestelde wet- en regelgeving voor het in rekening mogen brengen van zorg. Wanneer we hier onregelmatigheden zien, dan is het van belang om na te gaan of

de rekening ook echt is betaald. Dit kan enkel door navraag bij verzekeraars te doen. Dat is een volgende stap die genomen kan worden om te kijken of een onregelmatigheid ook een onrechtmatigheid is.

Daarnaast hebben we gekeken naar opvallende afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde. Deze opvallende afwijkingen kunnen aanleiding zijn om nader onderzoek te doen.

De onregelmatigheden zijn in beide situaties niet op voorhand aan te merken als niet-correct en dus ook zeker niet als fraude. Om vast te stellen wat de oorzaak van de onregelmatigheid is, is nader onderzoek nodig. Wij brengen in ons onderzoek de onregelmatigheden in kaart die de basis vormen voor dergelijk onderzoek.

Ten derde vergelijken we de uitkomsten van de kwantitatieve analyse met hetgeen zorgverzekeraars zelf hebben gevonden in controles en fraudeonderzoeken. Hierbij bekijken we ook in hoeverre het voor verzekeraars mogelijk is om de resultaten van hun controles en fraudeonderzoeken te verbeteren.

4.2 Werkwijze

Voor onze analyse hebben we declaratiedata opgevraagd bij verzekeraars en zorgkantoren via Zorgverzekeraars Nederland. Hierbij hebben we ook data van het CAK (eigen bijdrage) en het CIZ (indicatiestelling) voor de analyse op de AWBZ opgevraagd. Met de laatste twee bestanden kunnen we in de AWBZ controleren of de geleverde zorg overeenkomt met de indicatie van een patiënt en de eigen bijdrage die een patiënt moet betalen. Op deze data heeft FDEC een uitgebreide data-analyse gedaan om onregelmatigheden op te sporen in declaraties. Er is hierbij gezocht naar overtredingen van wet- en regelgeving en afwijkende declaraties.

We hebben de eind- en de tussenresultaten van al onze analyses door verschillende mensen zowel intern als extern laten toetsen. Intern hebben met name een aantal medewerkers met kennis van de regelgeving getoetst of de duiding van alle resultaten juist is. Extern zijn er met name medewerkers van Vektis bevraagd omdat zij veel ervaring hebben met de databestanden die we hebben gebruikt. Uit alle reacties zijn onder andere een aantal beperkingen van de methode naar voren gekomen die we in de volgende paragraaf bespreken. Daarnaast hebben we de feedback dus gebruikt om de resultaten te duiden.

4.3 Beperkingen van de methode

De wijze waarop we ons kwantitatief onderzoek hebben uitgevoerd is een eerste stap die moet leiden tot een beter inzicht in de omvang van zorgfraude. In het kwantitatieve deel van ons onderzoek sporen wij zo veel als mogelijk onregelmatigheden op. De onregelmatigheden zijn niet op voorhand aan te merken als niet-correct en dus ook zeker niet als fraude. Om vast te stellen wat de oorzaak van de onregelmatigheid is, is nader onderzoek nodig. Wij brengen in ons onderzoek de onregelmatigheden in kaart die de basis vormen voor dergelijk onderzoek. In deze paragraaf lichten we de beperkingen meer gedetailleerd toe.

4.3.1 De gebruikte gegevens

Wij hebben de declaratiegegevens van verzekeraars via Vektis ontvangen. Vektis heeft de declaratiegegevens van de verzekeraars in één of meerdere te analyseren bestanden verwerkt. De gebruikte databestanden zijn niet voor het opsporen van zorgfraude gemaakt. De bestanden met declaratiegegevens worden door Vektis en andere partijen gebruikt voor o.a. (macro-)economisch onderzoek. Over het aanleveren van deze bestanden zijn afspraken gemaakt met verzekeraars. Verzekeraars leveren gegevens waarvan in onderling overleg is bepaald dat deze gegevens nodig zijn voor het onderzoek dat er mee uitgevoerd wordt. De aanlevering van verzekeraars is niet altijd volledig. Zo ontbreken er soms prestatiecodes, of zelfs AGB-codes, die wij nodig hebben om een volledig beeld te creëren. Wanneer deze informatie wel beschikbaar komt, kunnen we nog een aantal aanvullende toetsen uitvoeren waarmee we nieuwe onregelmatigheden op kunnen sporen.

4.3.2 De gebruikte data is deels nog niet gecontroleerd

In principe leveren verzekeraars alleen declaraties aan die zij (deels) hebben uitbetaald. Wanneer zorgverzekeraars aangeboden declaraties weigeren, zijn deze dus niet zichtbaar in de bestanden.

Daarnaast controleren verzekeraars de vergoede declaraties ook achteraf. Het verschijnsel van controle en correctie achteraf is goed zichtbaar in de databestanden. Er zijn debetrecords (toegekende bedragen) en creditrecords (tegenboekingen bij een bijbehorende debetboeking). Het is onduidelijk of alle debetrecords in de databestanden reeds achteraf zijn gecontroleerd. Het is mogelijk dat deze controle nog moet plaatsvinden en dat als we op een later moment deze data hadden opgevraagd er meer creditrecords waren.

We zien dit ook terug in de gegevens waarbij er met name voor de resultaten in de medisch specialistische zorg in 2012 goed te zien is dat de controles achteraf nog niet allemaal hebben plaatsgevonden. Voor een deel van de declaraties ontbreekt de creditering omdat er nog geen controle is uitgevoerd of omdat de creditering niet is opgenomen in het door ons geanalyseerde bestand.

4.3.3 Reactie van verzekeraars op onze eerdere rapportage

Na publicatie van onze tussenrapportage onderzoek zorgfraude op 19 december 2013 heeft ZN aan Vektis opdracht gegeven om het kwantitatieve deel van het onderzoek na te rekenen. De daaruit voortgekomen signalen zijn voorgelegd aan de betreffende zorgverzekeraars met het verzoek dit verder te onderzoeken en de uitkomsten terug te koppelen aan ZN. ZN geeft aan dat zij dit heeft gedaan om, op basis van deze analyse, het onderzoek van ons beter te kunnen duiden.

Wij hebben de uitkomsten van ZN ontvangen. Uit de reactie van verschillende verzekeraars blijkt dat er een verschil is in de data bij Vektis en de data bij individuele zorgverzekeraars. Dit verschil ontstaat omdat niet altijd alle correcties van de individuele zorgverzekeraars doorgegeven worden aan Vektis of al zijn doorgegeven aan Vektis. Het gevolg is dat we in onze data-analyse mogelijk opvallende declaraties vinden die in werkelijkheid al tot creditering door de zorgverzekeraar hebben geleid. Het is voor ons niet mogelijk hiervoor te corrigeren. De reactie van verzekeraars bevestigt ons beeld dat niet alle crediteringen in de data zijn opgenomen.

4.3.4 Opsporing van spookzorg is moeilijk

Een van de belangrijkste frauderisico's is spookzorg (het in rekening brengen van zorg die niet is geleverd). Spookzorg is niet op te sporen via onze data-analyse. Om tot een resultaat te kunnen komen hebben we aangenomen dat het declaratiebestand, gelijk is aan de daadwerkelijk geleverde zorg. Dat betekent ook dat we een gefingeerde aanbieder met een gemiddeld declaratiepatroon met deze data-analyse niet opsporen. Een dergelijke aanbieder zou je wel op kunnen sporen als de aanbieder onderdeel uitmaakt van een aselechte steekproef waarbij we ook de dossiers onderzoeken. Een andere manier om dergelijke aanbieders op te sporen is het betrekken van de consument zoals in hoofdstuk 3 is toegelicht.

Wanneer een bestaande aanbieder spookzorg in rekening brengt, is het mogelijk om op basis van een data-analyse aanwijzingen te vinden. Een aanbieder die dit doet kan op één of meerdere onderdelen afwijken van het gemiddelde in de sector. Hij zou hierdoor 'boven kunnen komen drijven'. Deze aanbieders lenen zich voor een vervolgonderzoek. Wij hebben in het kader van dit onderzoek geen vervolgonderzoek uitgevoerd. Dergelijke onderzoeken zullen wel worden uitgevoerd in het kader van onze toezichtwerkzaamheden.

Voor alle onregelmatige declaraties die uit de data blijken, kan zonder nader onderzoek niet worden gesteld dat een aanbieder onrechtmatig declareert. Ook op dit punt hebben wij een reactie ontvangen van ZN. Zij stelt dat de meeste opvallende signalen bij nader onderzoek rechtmatig blijken te zijn, omdat er een logische verklaring voor is. Deze controle laat zien dat onze analyse een eerste stap is in het proces van controle.

4.3.5 Mogelijke gevolgen van beperkingen

De wijze waarop we ons kwantitatief onderzoek hebben uitgevoerd is een eerste bouwsteen in een proces dat moet leiden tot een beter inzicht in de omvang van zorgfraude. In dit verdere proces kunnen we bijvoorbeeld ook kijken naar andere onderzoeksmethoden in andere sectoren. Dit zullen we doen in samenwerking met andere partijen, zoals het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZB), die ook bijdraagt aan de integrale aanpak van zorgfraude door onder meer het maken van analyses van de grootste risico's. Door de koppeling van databestanden van de partners in het EZB, zoals die van de NZa, IGZ en de Belastingdienst, kunnen sneller de grootste risico's op fraude met zorggeld worden geïdentificeerd. Hierbij handelen partijen binnen de wettelijke grenzen van informatie-uitwisseling.

Voor nu betekent dit dat we er aantal beperkingen in onze methode zijn. Deze beperkingen kunnen verschillende effecten hebben op de uitkomsten van onze kwantitatieve analyse van onregelmatigheden:

We kunnen een onderschatting maken van onregelmatigheden omdat:

- we met deze methode spookzorg moeilijk in kaart kunnen brengen;
- we met deze methode kijken naar de wijze waarop aanbieders afwijken van het gemiddelde. Het is echter niet gezegd dat het gemiddelde niet al te hoog is;
- we een gelimiteerd aantal toetsen uitvoeren en er mogelijk meer toetsen bedacht en uitgevoerd kunnen worden naarmate we meer kennis krijgen over dat wat er mogelijk mis gaat;
- we een conservatieve schatting maken voor de financiële omvang van de grote afwijkingen;

- er waarschijnlijk aanbieders zijn waarvan we op basis van de data-analyse stellen dat zij correct hebben gedeclareerd terwijl dit niet zo is (de zogenaamde *false positives*).

We kunnen een overschatting maken van onregelmatigheden omdat:

- er mogelijk een verklaring is voor de grote afwijkingen die we constateren;
- we op basis van een toets een onregelmatigheid vast kunnen stellen die door een verzekeraar achteraf nog moet worden gecontroleerd, waardoor er nog een creditering plaats kan vinden;
- we op basis van een toets een onregelmatigheid vaststellen die door een verzekeraar reeds is gecrediteerd, maar waarbij deze creditering niet is opgenomen in de declaratiegegevens.

4.4 Resultaten

In het kwantitatieve deel van ons onderzoek hebben wij zo veel als mogelijk onregelmatigheden opgespoord. Een onregelmatigheid kan op meerdere manieren worden verklaard en er gelden een aantal beperkingen voor onze analyse. In deze paragraaf geven we een overzicht van een aantal van de onregelmatigheden die we hebben gevonden per zorgsector.⁶

4.4.1 Huisartsenzorg

De huisartsenzorg kent een vergoedingssysteem met een vaste component (inschrijftarief) en aparte vergoedingen voor consulten en verrichtingen. Een huisarts ontvangt elk kwartaal het inschrijftarief voor iedere ingeschreven patiënt, en vervolgens per consult een bedrag.

We hebben in onze analyse getoetst op patiënten waarvoor meer dan vier inschrijftarieven per jaar zijn vergoed. Daarnaast hebben we bekeken hoe vaak het voorkomt dat er voor het leveren van één consult meerdere consulten en/of verrichtingen in rekening zijn gebracht. Naast het overtreden van wet- en regelgeving hebben we ook gekeken naar afwijkingen. Hierbij hebben we onder andere huisartsen met relatief veel lange consulten en huisbezoeken bekeken. De uitkomsten van deze toetsen gebruiken we voor een nadere analyse op een aantal huisartsen binnen het project waarin we het correct declareren in de huisartsenzorg willen bevorderen.

4.4.2 Mondzorg

Mondzorg valt deels onder de basisverzekering (tot 18 jaar en bepaalde specifieke zorg). Voor het overige moeten consumenten een deel zelf betalen of zich aanvullend verzekeren. Een risico waar we in onze analyse naar gekeken hebben is het in rekening brengen van zorg die niet is geleverd (spooknota's). Signalen die we daarover hebben ontvangen zijn bijvoorbeeld het boeken van vullingen van een volwassene op de verzekering van hun kind of het in rekening brengen van meer röntgenfoto's dan er daadwerkelijk gedaan zijn.

Uit de data-analyse blijkt dat er jaarlijks voor zo'n 4 tot 5 miljoen euro aan behandelingen die meestal voor volwassenen zijn (kronen,

⁶ De volledige resultaten voor de eerste 6 zorgmarkten zijn te vinden in Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie, GGZ, fysiotherapie en medisch specialistische zorg. De volledige resultaten voor de AWBZ zijn terug te vinden in Onderzoek naar onregelmatigheden in databestanden van de Zorg in Natura (ZIN) en het persoonsgebonden budget (PGB).

wortelkanaalbehandelingen, gebitsprothesen) bij kinderen worden gedeclareerd. Ook het dubbel declareren van zorg is een risico in deze markt. Dit kan bijvoorbeeld wanneer een aanbieder zowel naar de patiënt als de verzekeraar een rekening stuurt. Dit is ook in de data-analyse gevonden.

Het percentage onregelmatigheden in de mondzorg ligt lager dan in de andere zorgmarkten. Hiervoor zijn twee mogelijke verklaringen. Ten eerste zijn er slechts een beperkt aantal toetsen op onregelmatigheden uit te voeren voor de mondzorg. Het gaat dan om het in rekening brengen van bepaalde combinaties van codes. Hieruit volgt een relatief klein bedrag aan onregelmatigheden.

Ten tweede gaat een groot deel van de signalen die we ontvangen over mondzorg over (on)gepast gebruik en spookzorg. Deze verschijnselen sporen we niet op met onze methode. We vinden met deze methode wel een aantal aanbieders die het nader onderzoeken waard zijn. Hiermee gaan we aan de slag vanuit onze toezichhoudende rol. Voor dit onderzoek geldt dus dat het totale bedrag dat we met onze methode op kunnen sporen aan onregelmatigheden relatief laag is.

4.4.3 Farmacie

Apothekers kunnen binnen de farmacie een prestatie declareren voor het verstrekken van een geneesmiddel en voor overige dienstverlening. Daarnaast ontvangen zij een vergoeding voor het geneesmiddel zelf. Wij hebben in onze analyse naar beide onderdelen gekeken.

We hebben voor een aantal patiënten in kaart gebracht welke combinatie van geneesmiddelen zij afnemen. Nader onderzoek naar deze patiënten moet uitwijzen of het mogelijk is dat al deze geneesmiddelen voor eigen gebruik zijn.

Daarnaast hebben we voor de verstrekking van geneesmiddelen met name gekeken naar de eerste ter handstelling en de weekterhandstelling. Een eerste ter handstelling gesprek kan per geneesmiddel één keer per 12 maanden worden gevoerd. Bij een weekterhandstelling krijgt een patiënt zijn geneesmiddelen in een speciale verpakking waarbij duidelijk is op welk moment in de week hij de geneesmiddelen in moet nemen. Een weekterhandstelling kan per geneesmiddel in principe maximaal één keer per 7 dagen voorkomen, maar we zagen in onze analyse toch dat dit meer dan één keer per week in rekening werd gebracht.

De totale omvang van de gevonden onregelmatigheden in de farmacie wordt grotendeels bepaald door de uitkomsten van de twee genoemde toetsen. Daarnaast zijn er op basis van data-analyse een aantal afwijkende apothekers en patiënten gevonden die wij nader zullen onderzoeken.

4.4.4 Curatieve geestelijke gezondheidszorg

De curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) kent een vergoedingssysteem met DBC's waarbij de tijd die men besteed leidend is voor het tarief dat in rekening gebracht mag worden.

We hebben in onze data-analyse slechts op een zeer beperkt aantal onderdelen kunnen toetsen. Dit komt door de beperkingen in de declaratiegegevens. We zijn op basis van deze gegevens nagegaan of de geleverde zorg meerdere malen in rekening is gebracht (dubbele

facturen) en of er meerdere DBC's tegelijk zijn geopend voor één patiënt.

Omdat de declaratiegegevens beperkte informatie bevatten hebben we een aanvullende analyse gedaan op het DBC-informatiesysteem (DIS), waarin deze informatie wel beschikbaar is.⁷ We hebben twee toetsen uitgevoerd waarbij we afwijkende zorgaanbieders in kaart brengen. Het gaat hierbij om de daadwerkelijke tijd die zorgaanbieders aan een patiënt besteden en de diagnose die zij in 2012 hebben gesteld voor patiënten die eerder een aanpassingsstoornis hadden. De uitkomsten van deze toetsen gebruiken we zowel om onderzoek uit te voeren naar een aantal aanbieders als dat we de uitkomsten meenemen in de discussie over de wijze waarop de bekostiging van de GGZ momenteel is ingericht.

Daarnaast hebben we twee toetsen uitgevoerd waarin we ook de omvang van onregelmatigheden hebben bepaald. We hebben een anomaliedetectie uitgevoerd op de totale tijd die zorgaanbieders hebben besteed aan patiënten en we hebben getoetst hoe vaak het voorkomt dat er voor 1 patiënt op 1 datum meer dan 1 deelprestatie 'verblijf' is geregistreerd in 2012. Omdat we over 2011 en 2012 aanvullende analyses hebben uitgevoerd zijn de jaren die we hebben gecontroleerd in de GGZ onderling niet vergelijkbaar.

4.4.5 Fysiotherapie

Fysiotherapie valt, net als mondzorg, deels onder de basis- en deels onder de aanvullende verzekering. Patiënten onder de 18 jaar en zorg van de zogenaamde chronische lijst worden vergoed vanuit de basisverzekering.

Voor de fysiotherapie geldt, evenals voor mondzorg, dat er slechts een beperkt aantal toetsen op onregelmatigheden uit te voeren is. Het gaat dan om het in rekening brengen van bepaalde combinaties van codes. Hieruit volgt een relatief klein bedrag aan onregelmatigheden.

Er worden meer onregelmatigheden gevonden wanneer we gaan kijken naar fysiotherapeuten met een afwijkend declaratiepatroon. Hierbij kijken we bijvoorbeeld naar de relatieve omvang van groepsconsulten, consulten buiten reguliere werktijden en behandelingen op een locatie buiten de eigen praktijk.

4.4.6 Medisch specialistische zorg

Binnen de medisch specialistische zorg zijn er verschillende bekostigingssystemen. Instellingen die deze zorg leveren kunnen een DBC in rekening brengen wanneer zij een zorgtraject bij een patiënt hebben afgerond. Hiervoor geldt dat per 1 januari 2012 het nieuwe declaratiesysteem voor medisch specialistische zorg, genaamd DOT, is ingevoerd.

Naast DBC-bekostiging komt een aantal instellingen ook in aanmerking voor vaste vergoedingen. Daarnaast zijn er de laatste jaren maatregelen genomen om de kosten te beheersen. Verder maken verzekeraars afspraken met instellingen over de totale uitgaven. Al deze maatregelen en afspraken hebben tot gevolg dat het totaal van alle declaratiegegevens (met hierin de DBC's) afwijkt van de uiteindelijke vergoeding die een instelling ontvangt.

⁷ Tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de GGZ, Een beeld van onregelmatigheden in de DIS data.

Ondanks deze beperking, is de DBC-bekostiging in zeer hoge mate bepalend. Wij hebben onze data-analyse daarom uitgevoerd op deze declaratiegegevens. Evenals in de andere zorgmarkten, hebben we zowel getoetst op overtredingen in de wet- en regelgeving als op afwijkingen ten opzichte van het gemiddelde. Hierbij hebben we relatief eenvoudige toetsen uitgevoerd, zoals het overschrijden van het maximumtarief. Daarnaast hebben we ook meer ingewikkelde analyses uitgevoerd waarbij we bijvoorbeeld tot in detail hebben bekeken of het toegestaan was dat er meer dan één DBC gelijktijdig in rekening is gebracht.

Het meest opvallende in de omvang van onregelmatigheden is het verschil tussen het oude DBC-systeem (2010 en 2011) en DOT (2012). De totale omvang van onregelmatigheden in DOT is groter dan in 2010 en 2011. Wanneer we echter inzoomen dan zien we een meer genuanceerd beeld.

Ten eerste is het aantal onregelmatigheden dat we vinden bij de eenvoudige toetsen, zoals het maximumtarief, in 2012 gedaald. Deze constatering komt overeen met het beeld dat er bij DOT een betere controle is aan de voorkant bij het indienen van declaraties.

Ten tweede zijn met de invoering van DOT ook de regels veranderd. Deze verandering in regels geeft ons de mogelijkheid om op een aantal onderdelen te toetsen waarop we in 2010 en 2011 nog niet konden toetsen. Een voorbeeld hiervan is een 'harde' toets op paralleliteit. Deze toets konden we in 2010 en 2011 niet uitvoeren. Wanneer we deze toets in 2012 uitvoeren, zien we dat er een bedrag van 27 miljoen euro als onregelmatig aangemerkt kan worden.

Ten derde verwachten we dat een deel van de onregelmatigheden die we hebben gevonden nog gecorrigeerd wordt. Op de gegevens die wij hebben gebruikt zijn namelijk nog niet alle controles toegepast die verzekeraars achteraf uit kunnen voeren. Op dit moment kunnen we de uitkomsten van het traject controle jaarrekeningen ziekenhuizen nog niet meenemen omdat deze nog niet bekend zijn. Het traject zal meer inzicht geven in de wijze waarop er in 2012 en 2013 is gedeclareerd.

Daarnaast zullen de uitkomsten van dit traject zodra deze beschikbaar zijn, niet één op één vergelijkbaar zijn met de uitkomsten van ons onderzoek. In de controle van de jaarrekeningen zullen ziekenhuizen ook bekijken of zij de juiste DBC in rekening hebben gebracht. Ziekenhuizen kijken op een meer gedetailleerd niveau naar de in rekening gebrachte zorg. Wij hebben gekeken naar een minder gedetailleerd niveau, namelijk het declaratiepatroon van aanbieders. Ondanks dat de resultaten van het onderzoek niet één op één zijn te vergelijken met de controle van jaarrekeningen, kunnen we de uitkomsten van ons onderzoek per ziekenhuis wel gebruiken ter indicatie. Dit zullen we dan ook doen.

4.4.7 AWBZ – Zorg in natura

De langdurige zorg in de AWBZ – zoals die nu nog is – is ingedeeld in vijf functies: persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, behandeling en verblijf. Patiënten krijgen toegang tot zorg in natura (ZIN) in de AWBZ door een (her)indicatiestelling door het CIZ of door de zorgaanbieder (in mandaat).

Binnen de AWBZ zijn er, net als in de medisch specialistische zorg, verschillende bekostigingssystemen. Naast de verschillende prestaties die op cliëntniveau worden gedeclareerd ontvangen zorgaanbieders ook

een vergoeding voor de kapitaallasten. Daarnaast worden er door zorgkantoren afspraken gemaakt over de totale uitgaven van een zorgaanbieder. Al deze maatregelen en afspraken hebben tot gevolg dat het totaal van alle declaratiegegevens ongelijk is aan de uiteindelijke vergoeding die een zorgaanbieder ontvangt.

De bestanden met declaratiegegevens zijn de best mogelijke bron om op cliënt- en aanbiederniveau onregelmatigheden op te sporen in de declaraties van de AWBZ. Om onregelmatigheden op te sporen is een aantal toetsen opgesteld. We hebben onder andere gekeken naar niet toegestane combinaties, zorg die afwijkt van de indicatie en dubbele bekostiging.

We hebben een analyse uitgevoerd voor 2012 en 2013. De omvang van de onregelmatigheden in 2013 ligt veel lager dan de omvang in 2012. Dit lagere bedrag in 2013 kan voor een groot deel worden verklaard door het ontbreken van het bestand met PGB-gegevens in 2013. Daarnaast lijkt ook een betere registratie en controle zijn vruchten af te werpen.

4.4.8 AWBZ – PGB

In de AWBZ wordt onderscheid gemaakt in Zorg in Natura (ZIN) en het Persoonsgebonden budget (PGB). Patiënten die aanspraak hebben op AWBZ-zorg kunnen zelf kiezen of ze deze zorg in natura afnemen waarbij het zorgkantoor de zorg voor hen inkoopt, of met een persoonsgebonden budget. In het laatste geval koopt de patiënt de zorg zelf in.

Voor het PGB worden veel minder gegevens vastgelegd. Dit betekent ook dat het minder goed mogelijk is om in deze bestanden onregelmatigheden te ontdekken. Wij kijken er immers naar of hetgeen op papier staat onregelmatig is, waarbij we ervan uit gaan dat hetgeen op papier staat juist is. We hebben binnen de PGB getoetst of een patiënt bij zijn uitgaven het bedrag overschrijdt waar hij volgens zijn indicatie recht op heeft.

4.4.9 Onregelmatigheden

Met onze data-analyse hebben we onregelmatigheden gevonden in acht verschillende zorgmarkten. In deze paragraaf brengen we de totale omvang van de onregelmatigheden die we hebben gevonden in kaart. Deze omvang is niet gelijk aan de omvang van zorgfraude. We kunnen met ons onderzoek geen zorgfraudecijfer voor Nederland bepalen.

De door ons gehanteerde methode is een eerste stap. Zo ontbreekt voor een deel van de declaraties de creditering omdat er nog geen controle is uitgevoerd of omdat de creditering niet is opgenomen in het door ons geanalyseerde bestand. Daarnaast blijkt voor een deel van de anomalieën dat de afwijking ten opzichte van het gemiddelde verklaarbaar is. Andersom maken we ook een onderschatting van het aantal foutieve declaraties omdat we in ons onderzoek een aantal verschijnselen, zoals spookzorg, niet inzichtelijk kunnen maken. Hierdoor wijkt het aantal onregelmatigheden dat we vinden af van datgeen wat we als mogelijk onrechtmatig bestempelen wanneer we nader onderzoek doen.

Ook bij een nader onderzoek kunnen we, wanneer we met zekerheid een onrechtmatigheid vast zouden stellen, niet zeggen dat dit fraude betreft. We zouden dan eerst opzet aan moeten tonen.

Het volgende overzicht bevat de totalen van alle onregelmatigheden die we hebben opgespoord. Het onderscheid tussen de mogelijke

overtredingen van wet- en regelgeving en de afwijkende aanbieders wordt vanwege de overzichtelijkheid in deze tabel niet weergegeven. Dit onderscheid wordt in de onderliggende onderzoeken wel gemaakt. Voor onze toezichtstaken zullen wij vooral de onderliggende gegevens gebruiken. Hierin kunnen we zien welke zorgaanbieders relatief veel onregelmatige declaraties indienen.

Tabel 4.1. Opgespoorde onregelmatigheden (het totaal van mogelijke overtredingen en afwijkende aanbieders)

Zorgmarkt	Opgespoorde onregelmatigheden (in miljoenen €)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Huisartsenzorg		17,0	21,6	17,0	
Mondzorg		1,7	1,7	3,7	
Farmacie		12,7	11,4	13,1	
GGZ	4,2	3,6	58,8 ¹	205,8 ²	
Fysio- en Oefentherapie		13,1	11,7	13,0	
Medisch specialistische zorg		64,9	66,6	208,4 ³	
AWBZ - ZIN				301,6	90,0
AWBZ - PGB				42,3	

Bron: Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie, GGZ, fysiotherapie en medisch specialistische zorg; Onderzoek naar onregelmatigheden in databestanden van de Zorg in Natura (ZIN) en het persoonsgebonden budget (PGB); Tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de GGZ, Een beeld van onregelmatigheden in de DIS data

¹ Het betreft hier een optelsom van de opgespoorde onregelmatigheden in Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie, GGZ, fysiotherapie en medisch specialistische zorg en Tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de GGZ, Een beeld van onregelmatigheden in de DIS data.

² Het betreft hier enkel de opgespoorde onregelmatigheden uit Tijdschrijven, verblijfsdagen en diagnoses in de GGZ, Een beeld van onregelmatigheden in de DIS data.

³ De opgespoorde onregelmatigheden in de MSZ wijken in 2012 sterk af van de jaren ervoor. Dit wordt onder andere veroorzaakt doordat we in 2012 toetsen uit konden voeren die in 2010 en 2011 nog niet uit konden voeren. Daarnaast zullen de uitkomsten van het traject controle jaarrekeningen ziekenhuizen van het najaar van 2014 meer inzicht geven in de wijze waarop er in 2012 is gedeclareerd.

De cijfers in de bovenstaande tabel komen uit de door FDEC uitgevoerde analyses met uitzondering van de GGZ, waarin we ook zelf een analyse hebben gedaan. De jaren waarover we onze data-analyse hebben uitgevoerd, verschilt per zorgmarkt. Dit verschil wordt veroorzaakt door de verschillen in de beschikbaarheid van gegevens. Daarnaast zien we bij de GGZ, MSZ en AWBZ grote verschillen over de jaren heen.

De tabel geeft aan welke onregelmatigheden wij hebben opgespoord binnen onze data-analyse. Onze methode kent een aantal beperkingen waardoor we het totaal aan onregelmatigheden mogelijk te hoog of te laag inschatten. Om meer duiding te kunnen geven hebben we ook nader onderzoek gedaan naar de controles en fraudeonderzoeken van zorgverzekeraars.

4.4.10 Controles en fraudeonderzoek door zorgverzekeraars

Verzekeraars leveren jaarlijks de resultaten van hun controles en fraudeonderzoek aan bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Er is door een deel van de zorgverzekeraars geen data aangeleverd van

controleresultaten. Daarnaast is bij de fraudeonderzoeken niet door alle zorgverzekeraars voor alle zorgsoorten, resultaat geboekt. Deze witte vlekken (niet aangeleverde data) en onbenutte ruimte (niet geboekte resultaten) hebben we gevuld met behulp van verschillende methodes. We gaan eerst in op de aangeleverde data (minimale omvang). Vervolgens bekijken we wat de resultaten zijn wanneer we de witte vlekken invullen en de onbenutte ruimte benutten (gemiddelde methode).

We presenteren zowel de resultaten van controles als van fraudeonderzoek omdat deze niet los van elkaar gezien kunnen worden. Controles worden door zorgverzekeraars gedaan bij het indienen van de declaraties. Op basis van deze controles wordt een deel van de declaraties afgekeurd (in 2013 2,3 miljard euro). Deze declaraties staan ook niet in de declaratiegegevens die wij hebben gebruikt voor onze analyse van onregelmatigheden. Een deel van deze vooraf afgekeurde declaraties wordt later nogmaals (correct) ingediend.

Vervolgens voeren zorgverzekeraars ook een aantal controles achteraf uit. Op basis van deze formele en materiële controles keuren zorgverzekeraars een deel van alle declaraties af (in 2013 329 miljoen euro). Deze afgekeurde declaraties zitten deels wel en deels niet in de declaratiegegevens die wij hebben gebruikt bij onze analyse op onregelmatigheden. Dit komt omdat het controleren door verzekeraars tijd kost. Wij hebben in dit onderzoek ergens gedurende het controleproces van verzekeraars de gegevens van dat moment gebruikt voor onze analyses. We hebben hier bewust voor gekozen. Als we de gegevens pas zouden gebruiken nadat alle controles zijn afgerond dan konden we vermoedelijk enkel voor 2010 en 2011 ons onderzoek uitvoeren.

We zien dat er gecontroleerd is doordat er creditrecords in het bestand zitten. Dit duidt op een gecorrigeerd debetrecord. Anderzijds zijn er door ZN ook een aantal opvallende declaraties teruggelegd bij verzekeraars na publicatie van de tussenrapportage in december 2013, waarvan verzekeraars verklaren dat deze declaraties zijn gecorrigeerd. Deze correcties zijn wij echter niet in onze declaratiegegevens tegen gekomen.

Op basis van de controles achteraf zijn er verschillende declaraties die een zorgverzekeraar nader kan onderzoeken. Vervolgens wordt voor een deel van deze declaraties fraude bewezen. Daarnaast blijft er ook een deel vermoeden van fraude en een deel fout, maar geen fraude over.

Tabel 4.2. Omvang bewezen fraude, fraudeonderzoek, controles en totaal in relatie tot de totale schadelast (minimale omvang)

Minimaal	2012 (in € mln.)	2013 (in € mln.)	2012 (% van de schadelast)	2013 (% van de schadelast)
Bewezen fraude	5,5	9,4	0,01%	0,01%
Fraudeonderzoek	15,2	27,4	0,02%	0,04%
Controles (alleen basisverzekering)	1.561,3	2.479,4	4,92%	7,44%
Totaal	1.576,5	2.506,8		
SCHADELAST				
Totaal basisverzekering (Zvw)	31.732,8	33.333,3		
Totaal basisverzekering (Zvw), aanvullende verzekering en AWBZ	62.932,0	64.162,7		

Bron: gegevens zorgverzekeraars zoals aangeleverd aan ZN

Er zit een groot verschil tussen de resultaten van controles en de uiteindelijk bewezen fraude. De minimale omvang van het totaal bedroeg

in 2013 € 2,51 miljard, waarvan € 9,4 miljoen aan bewezen fraude. In 2012 was dat respectievelijk € 1,58 miljard en € 5,5 miljoen. Het is op basis van controles mogelijk om te bepalen welke declaraties onterecht zijn ingediend, maar het vereist extra onderzoek om voor die declaraties aan te tonen dat het fraude betreft.

De cijfers waarop de minimale omvang is gebaseerd bevatten witte vlekken en onbenutte ruimte. We hebben deze gevuld om aan te kunnen geven wat de resultaten van fraudeonderzoek en controles zouden kunnen zijn als alle zorgverzekeraars gegevens zouden hebben aangeleverd en als alle zorgverzekeraars resultaten zouden hebben geboekt voor alle zorgsoorten bij fraudeonderzoek. De onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars laten zien dat er mogelijk hogere resultaten kunnen worden behaald voor zowel de controles als het fraudeonderzoek.

De resultaten van de controles vooraf, de controles achteraf en het totaal aan fraudeonderzoek, zijn elk apart geëxtrapoleerd in relatie tot de schadelast. Voor de extrapolatie gebruiken we het gemiddelde om de witte vlekken en onbenutte ruimte mee in te vullen. Op basis van deze extrapolatie komen we tot € 2,69 miljard totaal in 2013 waarvan € 9,9 miljoen daadwerkelijk bewezen fraude is. In 2012 was dat respectievelijk € 2,80 miljard en € 12,6 miljoen.

Tabel 4.3. Omvang bewezen fraude, fraudeonderzoek, controles en totaal in relatie tot de totale schadelast (gemiddelde methode)

Gemiddelde methode	2012 (in € mln.)	2013 (in € mln.)	2012 (% van de schadelast)	2013 (% van de schadelast)
Bewezen fraude	12,6	9,9	0,02%	0,02%
Fraudeonderzoek	34,9	28,9	0,06%	0,05%
Controles (alleen basisverzekering)	2.764,1	2.661,1	8,71%	7,98%
Totaal	2.799,0	2.689,9		
SCHADELAST				
Totaal basisverzekering (Zvw)	31.732,8	33.333,3		
Totaal basisverzekering (Zvw), aanvullende verzekering en AWBZ	62.932,0	64.162,7		

Bron: gegevens zorgverzekeraars zoals aangeleverd aan ZN inclusief analyse door de NZa

Het is opvallend dat op basis van de aangeleverde data (minimale omvang) de resultaten in 2013 van fraudeonderzoek stijgen ten opzichte van 2012, terwijl deze dalen als we de gemiddelde methode gebruiken. Dit wordt vooral veroorzaakt door de onbenutte ruimte. In 2012 was de omvang van de geboekte resultaten per zorgverzekeraar veelal lager dan in 2013. Dit betekent dat extrapolatie in 2012 soms is gebaseerd op incidenten die tot extreme waarden leiden. Dit zorgt er voor dat de resultaten in 2012 veel meer stijgen op basis van extrapolatie.

4.5 Conclusies en aanbevelingen

De wijze waarop we ons kwantitatief onderzoek hebben uitgevoerd is een eerste bouwsteen in een proces dat moet leiden tot een beter inzicht in de omvang van zorgfraude. In het kwantitatieve deel van ons onderzoek hebben wij zo veel als mogelijk onregelmatigheden opgespoord. Een onregelmatigheid kan op meerdere manieren worden verklaard en er gelden een aantal beperkingen voor onze analyse.

We kunnen met ons onderzoek geen zorgfraudecijfer voor Nederland bepalen. Het is op basis van ons onderzoek wel goed mogelijk om actie te ondernemen daar waar het nu mis gaat. Verzekeraars maken al steeds meer gebruik van data-analyse. Een aantal verzekeraars kan en moet hun controles en fraude-opsporing echter verbeteren en dit onderzoek kan hen daarbij helpen. Het kwantitatieve deel van dit onderzoek is een goed middel voor iedere verzekeraar om na te lopen of zij bestaande controles kan aanscherpen en nieuwe controles kan starten. Wij zullen daarnaast ook verder gaan met het aanscherpen van bestaande en uitvoeren van nieuwe toetsen.

Daarnaast gaan ook wij aan de slag met de uitkomsten van het onderzoek. Voor onze toezichtstaken zullen wij vooral de onderliggende gegevens gebruiken. Hierin kunnen we zien welke zorgaanbieders relatief veel onregelmatige declaraties indienen.

Op basis van onze analyse op de gegevens van zorgverzekeraars kunnen we twee conclusies trekken. Ten eerste laat de extrapolatie zien dat er mogelijke betere resultaten kunnen worden geboekt voor controles en fraudeonderzoek wanneer de huidige witte vlekken en onbenutte ruimte ingevuld worden. Deze constatering komt overeen met de conclusie in hoofdstuk 3 dat een aantal verzekeraars haar fraude-opsporing en controles moet verbeteren. De eerste resultaten van ons huidige onderzoek op dit gebied wijzen erop dat de zorgverzekeraars op deze terreinen belangrijke progressie hebben geboekt.

We hebben tijdens ons onderzoek ook gekeken naar een extrapolatie op basis van de best presterende zorgverzekeraar per zorgmarkt. Wanneer we dat doen is er zelfs een veel grotere verbetering van resultaten mogelijk. We gebruiken deze extrapolatie echter niet omdat individuele uitschieters het totaalbeeld naar ons inzicht hierin te veel beïnvloeden.

Ten tweede kunnen we de minimale gegevens bekijken in samenhang met de analyse naar onregelmatigheden zoals wij deze hebben gedaan. Zoals gezegd zien wij de controles die zorgverzekeraars vooraf uitvoeren niet terug in de declaratiedata. Een deel van de toetsen die wij hebben uitgevoerd kan als controles vooraf worden toegepast. Zo hebben we bijvoorbeeld getoetst op het overschrijden van het maximumtarief. We vinden bij dergelijke toetsen vaak kleine bedragen, wat er op wijst dat een klein deel van dergelijke declaraties door de controles vooraf heen komt. Op dit punt kunnen een aantal verzekeraars zich verbeteren.

Het grootste deel van onze toetsen beziet op de controles achteraf. Het vergelijken van verschillende declaraties van een aanbieder of verzekerde kan alleen achteraf plaats vinden wanneer het totale beeld bekend is. Zorgverzekeraars hebben in 2013 € 320 miljoen aan declaraties achteraf afgekeurd. Hiervan is € 27,4 miljoen nader onderzocht als fraudezaak en daarvan is € 9,4 miljoen als bewezen fraude geormerkt.

Wanneer alle afgekeurde declaraties een creditering in de declaratiegegevens tot gevolg zouden hebben, dan zouden de onregelmatigheden zoals wij die hebben opgespoord bij de controles achteraf opgeteld moeten worden voor een totaalbeeld. De ervaring leert echter dat dit niet het geval is. Daarbij geldt ook dat zorgverzekeraars hun controlecijfers over 2013 hebben gepubliceerd, terwijl er in het najaar van 2014 een traject loopt om de jaaromzet van ziekenhuizen te controleren. De cijfers 2013 voor controles en fraudezaken bevatten dus nog niet de resultaten van alle controles en fraudezaken die worden uitgevoerd op de declaratiegegevens in 2013.

We kunnen concluderen dat zowel de verzekeraars als de NZa een groot aantal onregelmatigheden vinden in de declaratiegegevens. De wijze waarop we ons kwantitatief onderzoek hebben uitgevoerd is een eerste stap en in ons onderzoek is er dus nog ruimte voor verbetering. Dit geldt ook voor de fraude-opsporing en controles van verzekeraars. Hiermee doen we een stap op weg naar verbetering waarbij we het onterecht onttrekken van gelden aan de zorg beperken waardoor mensen die echt zorg nodig hebben, hiervoor nu niet te veel betalen of niet worden geholpen.

Voor het kwantitatief onderzoek geldt dat:

- dit een eerste bouwsteen is in een proces dat moet leiden tot een beter inzicht in de omvang van zorgfraude. Wij moeten daarmee aan de slag;
- wij al aan de slag zijn met de uitkomsten van het onderzoek in andere projecten die we uitvoeren binnen onze toezichtstaken;
- dit onderzoek net zoals de kwalitatieve analyse laat zien dat een aantal verzekeraars haar fraude-opsporing en controles moet verbeteren. De eerste resultaten van ons huidige rechtmatigheidsonderzoek wijzen erop dat de zorgverzekeraars hiermee voortvarend bezig zijn;
- zowel verzekeraars als wij een groot aantal onregelmatigheden vindt in de declaratiegegevens. Op dit vlak moeten we van elkaar leren zodat we het onterecht onttrekken van gelden aan de zorg kunnen beperken waardoor mensen die echt zorg nodig hebben, hiervoor nu niet te veel betalen of niet worden geholpen.