

Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014

Zeist, 9 juli 2015

1. Rol van de zorgverzekeraar

De missie van de zorgverzekeraars is: kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven. Zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de betaalbaarheid een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze geven zij op meerdere manieren vorm: (selectieve) zorginkoop en het uitvoeren van formele en materiële controle, controles op gepast gebruik en fraudebeheersing om oneigenlijk gebruik en misbruik van zorggeld te voorkomen.

Op deze wijze bewaken zij de juistheid van de gedeclareerde zorg. Dat doen zij enerzijds individueel en anderzijds in samenwerking met elkaar en met organisaties van patiënten/cliënten en zorgaanbieders. Het behartigen van de belangen van hun verzekerden staat hierbij centraal.

2. Toezicht en sturing door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars geven sturing aan de betaalbaarheid van de zorg door (selectieve) zorginkoop en het uitvoeren van formele en materiële controle, controles op gepast gebruik en fraudebeheersing. Deze wijze van controle wordt ook wel gegevenscontrole genoemd; de verschillende gegevens (declaraties) worden gecontroleerd.

Naast deze gegevenscontrole bestaan er ook systeemcontroles. Hierbij wordt het onderliggende systeem van zorgaanbieders (de wijze waarop de declaraties tot stand komen) gecontroleerd. Begin 2014 is in het kader van deze systeemcontroles met Revalidatie Nederland (RN) een convenant gesloten. Daarin is afgesproken dat de revalidatiecentra die lid zijn van RN op een nieuwe wijze verantwoording afleggen aan zorgverzekeraars over:

- de totstandkoming van declaraties; en
- hun administratieve organisatie.

Essentie van deze nieuwe systematiek is dat niet gekeken wordt naar iedere afzonderlijke declaratie (gegevensgerichte controle), maar naar het totstandkomingsproces daarvan (systeemgerichte controle). Door systeemcontroles te introduceren wordt het onderliggende systeem van zorgaanbieders (de wijze waarop declaraties tot stand komen) gecontroleerd en dat leidt tot kwaliteitsverbetering. Certificering van het proces van de totstandkoming van de declaratie zorgt dus voor een effectiever resultaat en werkt efficiënter voor alle partijen.

Eenzelfde soort traject is gestart met de ziekenhuizen.

3. Declaraties: verantwoordelijkheden in keten

De visie van de zorgverzekeraars op controle in de keten is er niet een van 'meer controles op dezelfde declaraties', maar van betere declaraties, waarop vervolgens juist minder controle noodzakelijk is. Daaruit volgt dat controles op de declaraties in een zo vroeg mogelijk stadium in de keten verricht moeten worden en dat de zorgaanbieders veel (operationele) controles zelf moeten verrichten. Deze zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor een juiste en volledige declaratie. Vervolgens is het de (secundaire) verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars om te controleren of er geen onjuiste declaraties zijn ingediend.

De visie van zorgverzekeraars op controles in de keten kan ook in de volgende processtappen worden samengevat:

- I. Regelgever (VWS, NZa, Zorginstituut Nederland) zorgt voor duidelijke en controleerbare wet- en regelgeving.
- II. Zorgaanbieders zorgen voor juiste declaraties, onder meer door het creëren van een cultuur waarin juist declareren de norm is.
- III. Regelgever, zorgverzekeraars en zorgaanbiederorganisaties helpen fouten en fraude voorkomen door voorlichting over onder meer juist declareren.
- IV. Zorgverzekeraars controleren risicogericht op basis van financieel belang, risico inschatting en overige zekerheden.
- V. Declaraties waarin zaken niet lijken te kloppen, worden nader onderzocht. Daarbij zetten zorgverzekeraars hun controle-instrumenten proportioneel in.
- VI. Is er een signaal dat fouten bewust zijn begaan? Dan kan de zorgverzekeraar een fraudeonderzoek starten. Mocht de zorgverzekeraar over onvoldoende onderzoeks- of sanctiemiddelen beschikken, dan kan hij de zaak overdragen aan de NZa, de iSZW, de FIOD, de politie of de IGZ voor bestuursrechtelijk, strafrechtelijk of tuchtrechtelijk optreden.

4. Vormen van controle

Zorgverzekeraars controleren per jaar honderden miljoenen declaraties die zij voor meer dan 95% elektronisch ontvangen van de zorgaanbieders. Om al deze declaraties te kunnen controleren, hebben de zorgverzekeraars meerdere vormen van controle. Op hoofdlijnen onderscheiden ze twee vormen van controle:

A. Vooraf

Onder vooraf controles worden alle controles verstaan die plaatsvinden vóór uitbetaling van de declaratie. Deze vorm kan vervolgens weer worden uitgesplitst in:

- Technisch
De eerste vorm van controle die zorgverzekeraars uitvoeren is de zogenaamde technische controle. Hierbij controleren ze of een elektronische declaratie voldoet aan alle technische voorwaarden, of de elektronische declaratie is ingediend in de vorm zoals met zorgaanbieders is afgesproken en of alle (verplichte) velden zijn ingevuld.
- Formeel
Bij de formele controle controleren zorgverzekeraars of een declaratie voldoet aan de geldende voorwaarden/regelgeving (bijvoorbeeld: is het juiste bedrag gedeclareerd, is de verzekerde voor deze zorg verzekerd, etc.). Deze vorm van controle vindt veelal vooraf (voor uitbetaling) geautomatiseerd plaats, maar kan ook achteraf (na uitbetaling) plaatsvinden.

B. Achteraf

De controle achteraf betreft alle controles die na betaling van de declaratie plaatsvinden. Als achteraf een declaratie toch niet juist blijkt te zijn, vorderen de zorgverzekeraars het uitbetaalde bedrag terug bij (meestal) de zorgaanbieders. De controle achteraf kan worden onderverdeeld in verschillende vormen:

- Formeel (zie hierboven)
- Materieel
Materiële controle is een instrument om het publieke belang van 'betaalbaarheid' te borgen. Bij een materiële controle gaat de zorgverzekeraar na of:
 - de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid');
 - en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid').
 Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het uitvoeren van statistische analyses, steekproeven, enquêtes en dossiercontrole.

- Gepast gebruik
“Onder gepaste zorg wordt die zorg verstaan die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is” (definitie van gepast gebruik zoals de NZa die heeft opgenomen in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars). Ofwel, was de verzekerde op dat moment redelijkerwijs aangewezen op en voldeed de geleverde zorg aan de laatste stand van wetenschap en praktijk? Deze vorm van controle kan bijvoorbeeld plaatsvinden op basis van enquêtes en dossiercontrole.

5. Soorten onjuistheden

- Technische fout
 De betreffende declaratie is technisch niet in orde. Het overgrote deel van de declaraties vindt tegenwoordig elektronisch plaats door middel van een declaratiebericht. Als dit bericht niet aan alle technische voorwaarden voldoet, zoals een juist vulling van de afgesproken velden, wordt het bericht afgewezen en teruggestuurd naar de zorgaanbieder.
- Foutieve of onterechte declaratie
 De betreffende declaratie is fout en had niet op deze wijze gedeclareerd mogen worden. Hierbij kan bijvoorbeeld het tarief niet juist zijn, kan de verwijzing ontbreken, voldoet de declaratie niet aan de vergoedingsvoorwaarden of heeft de behandeling niet plaatsgevonden maar is deze wel (onopzettelijk) gedeclareerd.
- Fraude
 Indien een fout opzettelijk is begaan en daarmee ook een bepaald voordeel is verkregen, dan spreken zorgverzekeraars van fraude. Hiervoor moet voldaan zijn aan alle drie de genoemde criteria (zie onder 6: Fraude en fraudeonderzoek), anders gaat het om een fout.
- Oneigenlijk gebruik
 Het is ook mogelijk dat de declaratie volgens de regels wel is toegestaan (naar de ‘letter van de wet’), maar dat de zorgverzekeraar tegelijk van mening is dat deze toegestane situatie niet de bedoeling is geweest van de regel (ingaat tegen de ‘geest van de wet’). In een dergelijk geval spreken van oneigenlijk gebruik. Dit is een lastige situatie om in de praktijk tegen te gaan omdat het gaat om de interpretatie van de bedoeling van de wet- of regelgever.
- Ondoelmatig/ongepast
 De laatste soort onjuistheid is die waarin de zorg wel is geleverd zoals deze is gedeclareerd, maar waar de verzekerde ook goed geholpen zou zijn geweest met andere of minder zorg. De vraag is dus: op welke zorg was de verzekerde ten tijde van de zorgvraag ‘aangewezen’, wat had hij volgens ‘de stand der wetenschap en techniek’ nodig? Zorgverzekeraars hebben de taak hierop toe te zien zodat de kosten van de zorg beperkt worden en controleren hier dus op.

6. Fraude en fraudeonderzoek

De definitie van zorgverzekeringsfraude die zorgverzekeraars hanteren, bevat drie criteria:

- a. Overtreding van een regel;
- b. Wederrechtelijk voordeel;
- c. Bewust of opzettelijk handelen.

Zorgverzekeraars doen onderzoek naar signalen van fraude die zij als ‘onderzoekswaardig’ beoordelen. Dat betekent dat het signaal nadrukkelijk moet duiden op het overtreden van een regel, dat er een bepaald voordeel wordt verkregen met deze overtreding en dat er een vermoeden van bewust handelen moet zijn. Daarbij hanteren zorgverzekeraars een prioriteringsbeleid waarbij onder meer omvang van de zaak, zorgsoort, voorbeeldfunctie en uitkomsten van een bepaalde risicoanalyse een rol kunnen spelen.

Indien het signaal onderzoekswaardig is, zet de zorgverzekeraar zijn onderzoeksmiddelen in, waarbij in de eerste fase vooral 'bureauonderzoek' wordt gedaan. In een latere fase kunnen ook middelen als een enquête of het opvragen van medische dossiers worden ingezet.

Bij grote fraudezaken die bij meerdere zorgverzekeraars een aanzienlijke omvang hebben, kunnen zorgverzekeraars via ZN samenwerken in een speciale onderzoekswerkgroep. Bij deze onderzoeken wisselen zij bevindingen uit en bepalen ze gezamenlijk of en hoe ze een eventuele ketenpartners op het terrein van toezicht of opsporing erbij betrekken.

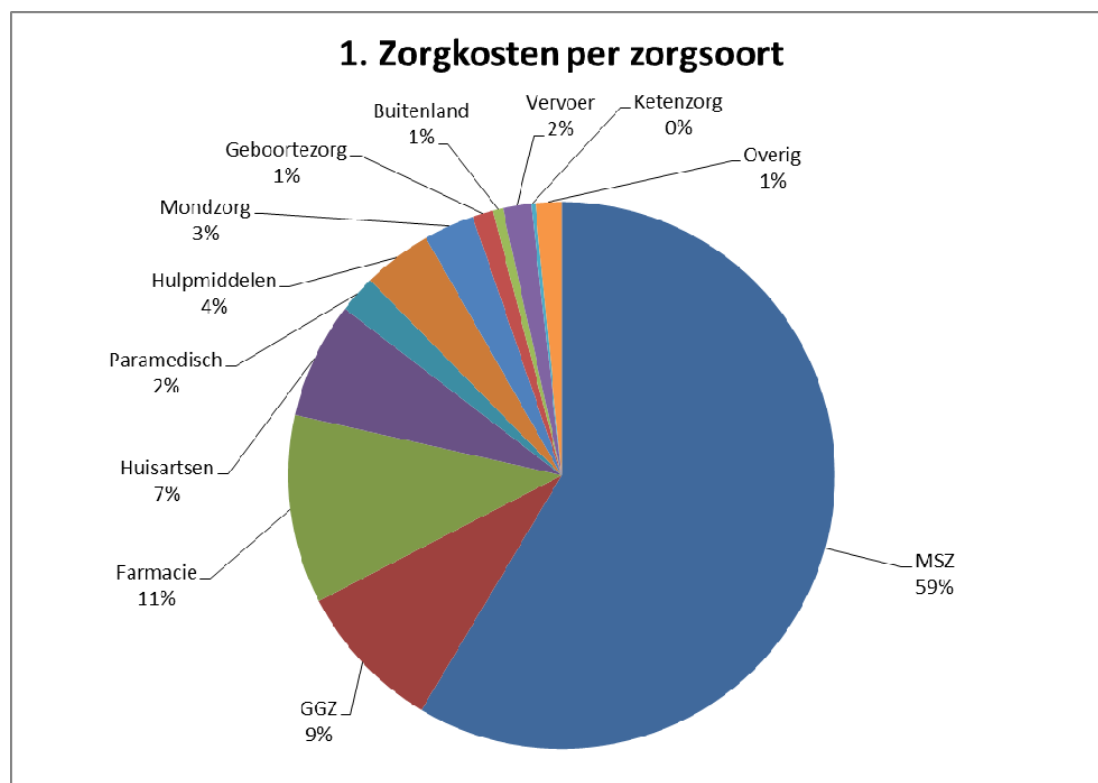
Na de onderzoeksfase bepaalt de zorgverzekeraar op basis van de maatregelenrichtlijn de te nemen maatregelen, die per fraudezaak kunnen verschillen. Zorgverzekeraars vorderen onjuist gedeclareerde bedragen altijd terug (ook als er geen sprake is van fraude), al dan niet vermeerderd met onderzoekskosten. Ook het waarschuwen van andere verzekeraars door registratie van de fraudeur in het waarschuwingsregister (EVR) is een mogelijkheid. De zorgverzekeraar kan verder de overeenkomst of verzekering opzeggen en de fraudezaak overdragen aan de NZa, de iSZW, de FIOD, de politie of de IGZ. Dit gebeurt alleen in gevallen waarbij eigen sancties niet volstaan én de inschatting is dat de zaak voldoende gedocumenteerd kan worden voor een bestuursrechtelijk, strafrechtelijk of tuchtrechtelijk vervolg.

7. Resultaten 2014

I. Controle (Zvw)

De controleresultaten hebben betrekking op de gedeclareerde zorg in de Zorgverzekeringswet (basisverzekering). Om die resultaten goed te kunnen plaatsen, nemen wij hier een overzicht op van de samenstelling van de zogenoemde 'schadelast' van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

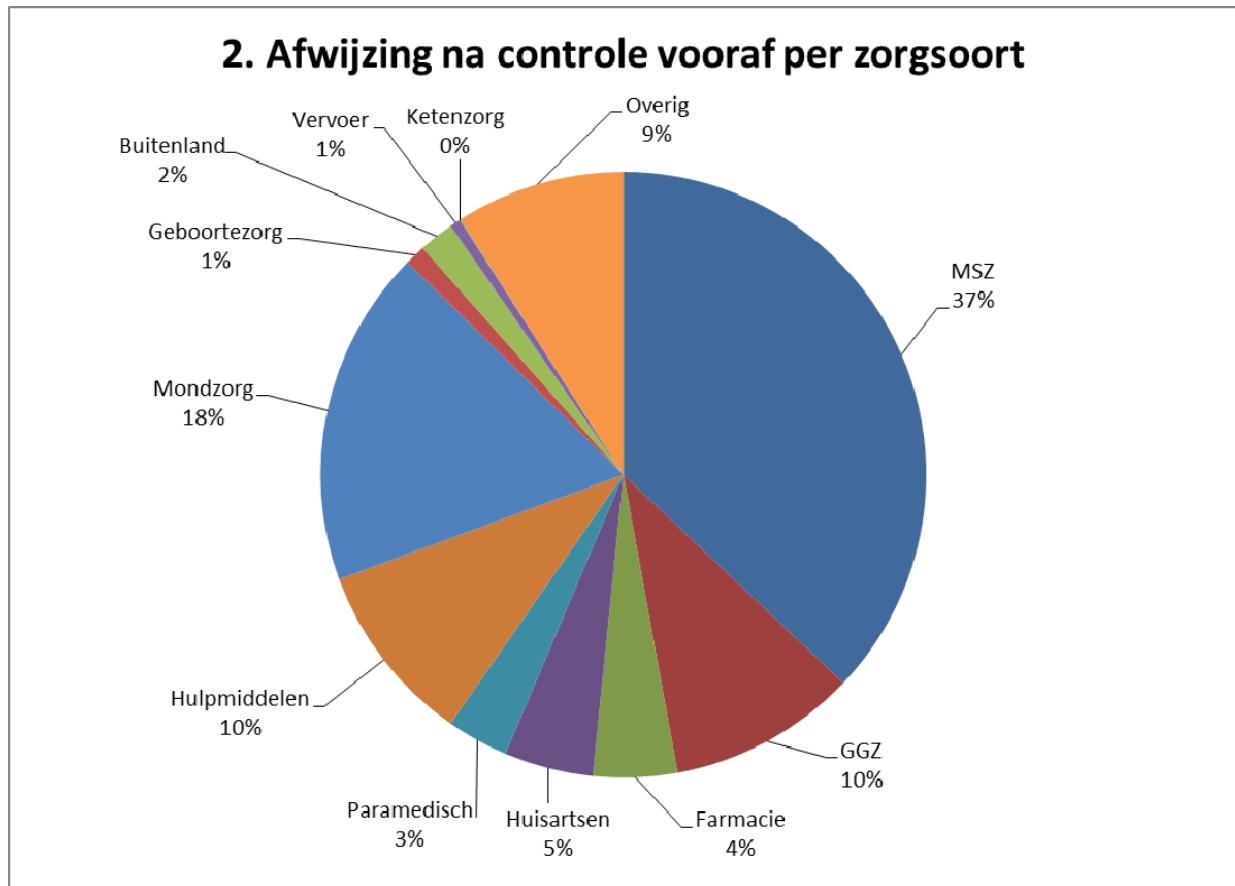
In 2014 is er voor circa 37,7 miljard euro gedeclareerd voor de basisverzekering in de Zvw. Onderstaand is een uitsplitsing per zorgsoort van deze zorgkosten (schadelast) weergegeven.



Hierbij is zichtbaar dat iets meer dan de helft gedeclareerd is vanuit de Medisch Specialistische Zorg (ziekenhuiszorg en zelfstandige behandelcentra). Bij de overige sectoren nemen Farmacie, GGZ en Huisartsen het grootste deel in.

Controle vooraf

Zoals eerder is beschreven, voeren zorgverzekeraars allereerst een controle vooraf uit. In 2014 hebben de zorgverzekeraars door deze controle 2,0 miljard euro afgewezen. Onderstaand is de uitsplitsing per zorgsoort weergegeven voor deze 2,0 miljard euro: wat is het aandeel per zorgsoort in dit bedrag?



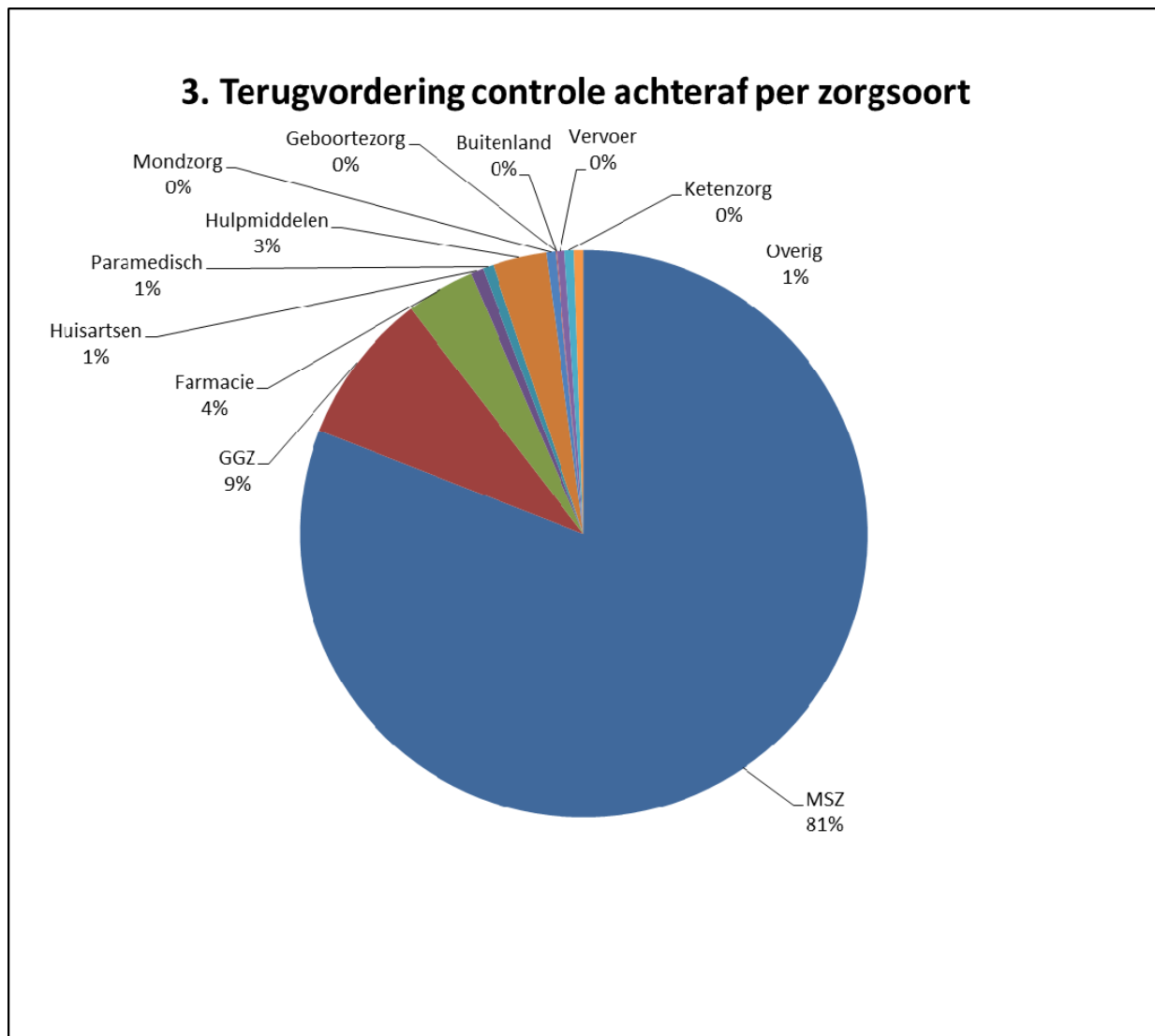
Een afgewezen declaratie betekent niet per definitie dat de declaratie nooit meer wordt betaald. Indien de declaratie was afgewezen wegens een technische fout (bijvoorbeeld veld niet gevuld) en de zorgaanbieder vult het veld alsnog en dient de declaratie opnieuw in, dan kan deze alsnog worden betaald. In andere gevallen (zoals het bereiken van de vergoedingslimiet) wordt de declaratie niet betaald, ook niet na opnieuw indienen.

In bovenstaande uitsplitsing valt met name op dat het deel dat is afgewezen in de mondzorg relatief groot is, zeker in vergelijking met de zorgkosten. Mondzorg maakt 3% van de zorgkosten uit, maar zorgt wel voor 18% van de afwijzingen vooraf. Een logische verklaring hiervoor is dat zorgverzekeraars vaak mondzorgdeclaraties ontvangen voor de verkeerde verzekering (Zvw in plaats van aanvullende verzekering) en dat mondzorgdeclaraties worden ingediend terwijl de vergoedingslimiet bereikt is of de betreffende verrichtingen buiten de dekking vallen. In die situaties

betaalt de zorgverzekeraar de declaratie niet. Daarnaast valt op dat het deel dat is afgewezen in de categorie overig groter is dan verwacht.

Controle achteraf

In 2014 hebben de zorgverzekeraars voor 449 miljoen euro teruggevorderd door controle achteraf. De zorgverzekeraars hebben in deze situatie in eerste instantie de declaratie betaald en vervolgens geconstateerd dat de declaratie toch niet juist is. Op dat moment vorderen ze het uitbetaalde bedrag terug bij (meestal) de betreffende zorgaanbieder. In onderstaande tabel is per zorgsoort weergegeven hoeveel procent van die 449 miljoen is teruggevorderd.



In bovenstaande uitsplitsing is met name voor de MSZ een groter deel teruggevorderd dan men zou verwachten op basis van de zorgkosten. Een verklaring hiervoor is dat een aantal zorgverzekeraars het in 2014 uitgevoerde zelfonderzoek 2012/2013 meteen in 2014 hebben teruggevorderd.

II. Fraudeonderzoek (Zvw, AV en AWBZ)

Zorgverzekeraars kunnen, bij een vermoeden dat een fout bewust is begaan, een fraudeonderzoek starten. Deze onderzoeken doen zij voor zorg binnen de Zvw, de AWBZ (sinds januari 2015 de Wlz) en de aanvullende verzekering.

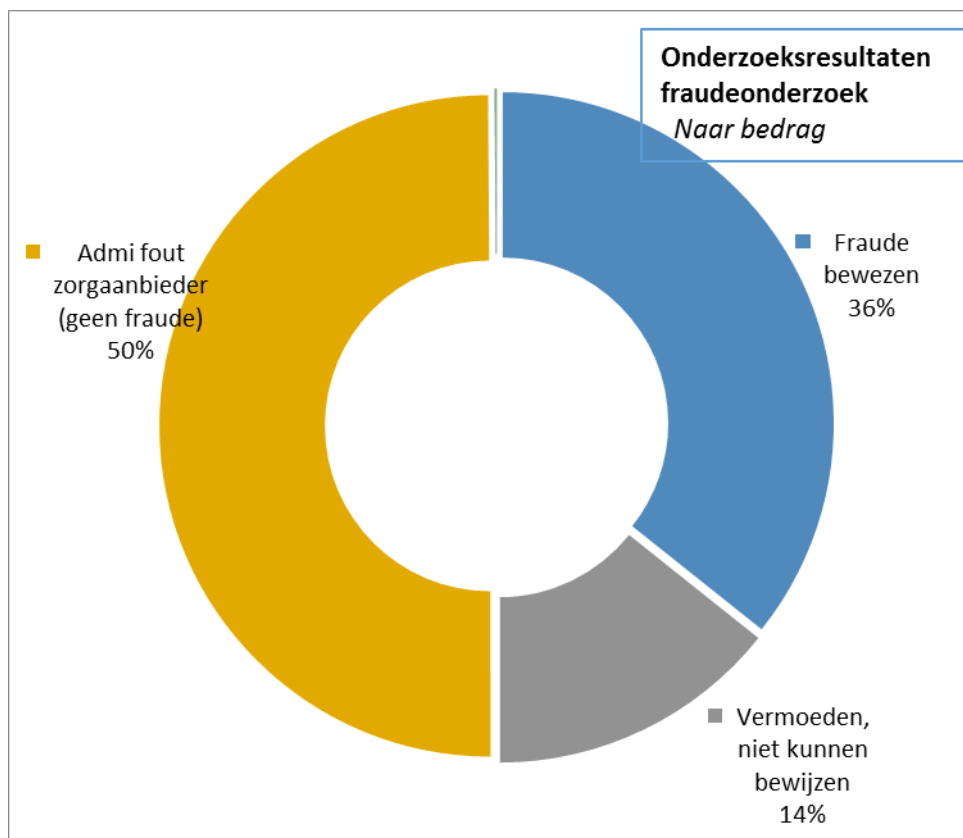
Of een onderzoek daadwerkelijk wordt gestart, hangt af van de beoordeling van de onderzoekswaardigheid van het signaal. Een signaal is onderzoekswaardig als na een eerste beoordeling het vermoeden bestaat dat er sprake is van opzet, dat een regel is overtreden en dat er sprake is van een wederrechtelijk voordeel. Is een signaal onderzoekswaardig dan wordt bepaald welke prioriteit het signaal krijgt. Dit is afhankelijk van omvang, aard en urgentie.

Resultaten fraudeonderzoeken 2014

In 2014 hebben zorgverzekeraars in totaal van 1857 onderzoekswaardige fraudesignalen het onderzoek kunnen afsluiten. Bij het afsluiten van een onderzoek zijn meerdere relevante onderzoeksuitkomsten denkbaar:

- Fraude bewezen
- Fraudevermoeden, maar niet kunnen bewijzen
- Administratieve fout van de zorgaanbieder, maar geen fraude
- Geen fraude, maar een andere onjuistheid dan een administratieve fout (bijvoorbeeld gedeclareerd buiten de voorwaarden)
- Overige resultaten zoals administratieve fout van de zorgverzekeraar of administratieve fout van de verzekerde.

Bij de 1857 afgesloten fraudeonderzoeken is in ongeveer 50% van de gevallen (921 keer) het onderzoek afgesloten met het onderzoeksresultaat 'geen fraude'. In de grafiek hieronder staan de onderzoeksuitkomsten weergegeven naar vastgesteld onterecht gedeclareerd bedrag. Het onderzoeksresultaat 'geen fraude' valt weg in deze grafiek (<1%), vanwege het lage onterecht gedeclareerde bedrag bij dit onderzoeksresultaat. In de grafiek zijn de 936 onderzoeken terug te zien die zijn afgesloten met een andere uitkomst dan 'geen fraude'.



In ruim een derde van deze gevallen (36%) is fraude daadwerkelijk vastgesteld. Bij 14% is sprake van een fraudevermoeden, maar dat vermoeden kon niet worden hardgemaakt. In de helft van de gevallen werd een administratieve fout door een zorgaanbieder geconstateerd, daarbij was geen sprake van opzet.

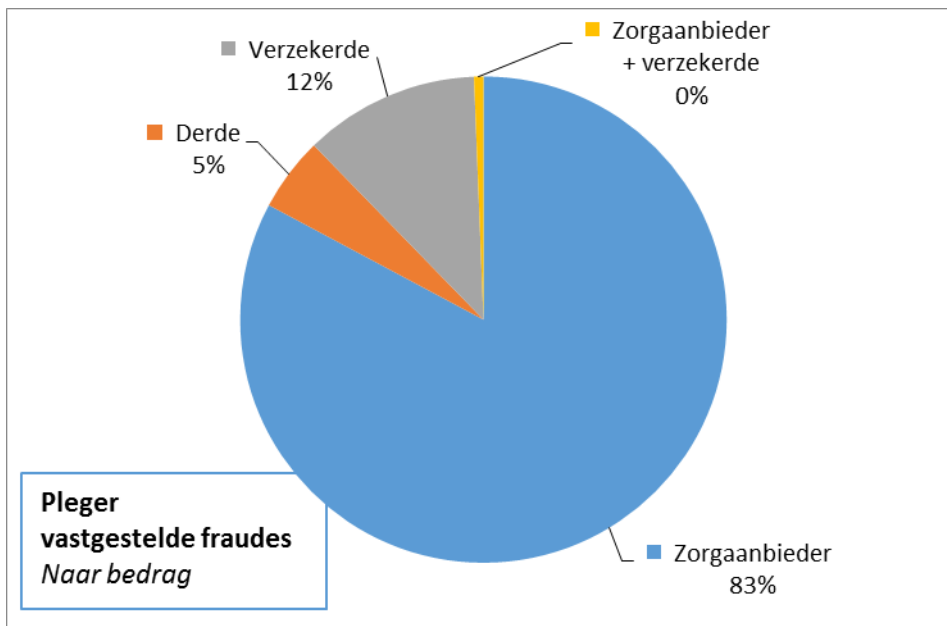
De omvang van de in 2014 vastgestelde onderzoeksresultaten is als volgt:

	2014	2013
Fraude bewezen	€ 18.718.856	€ 9.391.083
Fraudevermoeden maar niet kunnen bewijzen	€ 7.479.362	€ 7.625.206
Administratieve fout zorgaanbieder	€ 26.156.650	€ 9.952.523
Administratieve fout verzekerde/zorgverzekeraar	€ 56.213	€ 0,-
Geen fraude	€ 436.631	€ 281.549
Totaal	€ 52.847.712	€ 27.250.361

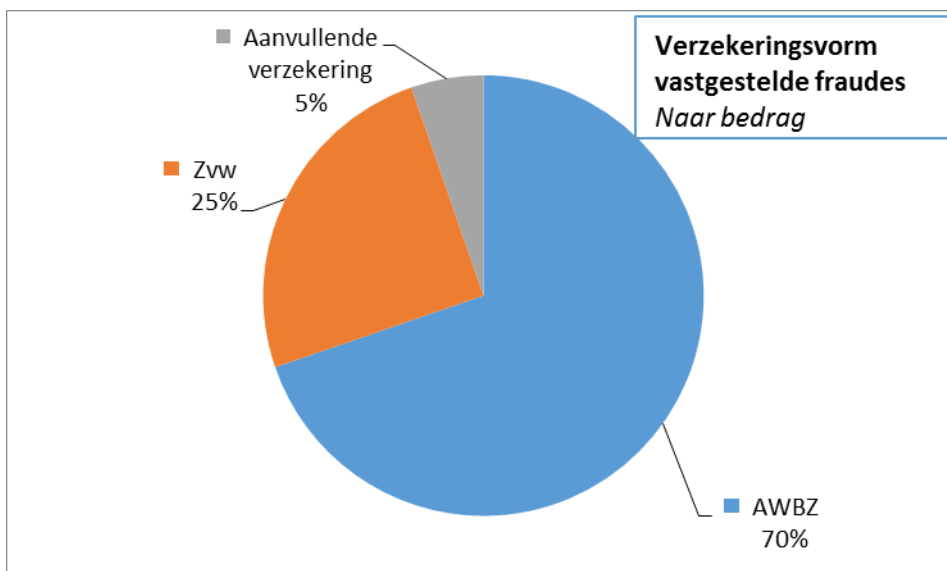
De hoogte van het bedrag aan vastgestelde fraude is in het afgelopen jaar verdubbeld ten opzichte van 2013. Het bedrag aan vastgestelde 'administratieve fouten zorgaanbieders' vanuit fraudeonderzoek is bijna verdrievoudigd. Dit is te verklaren door een fout bij een grote zorgaanbieder. Het bedrag bij zaken die met een fraudevermoeden werden afgesloten, bleef ongeveer gelijk.

Het gemiddelde bedrag per vastgestelde fraude kwam op € 76.716. Dat is een verdubbeling en dus opnieuw een flinke stijging ten opzichte van de vorige jaren toen het gemiddelde bedrag respectievelijk € 27.245 (2012) en € 36.828 (2013) bedroeg.

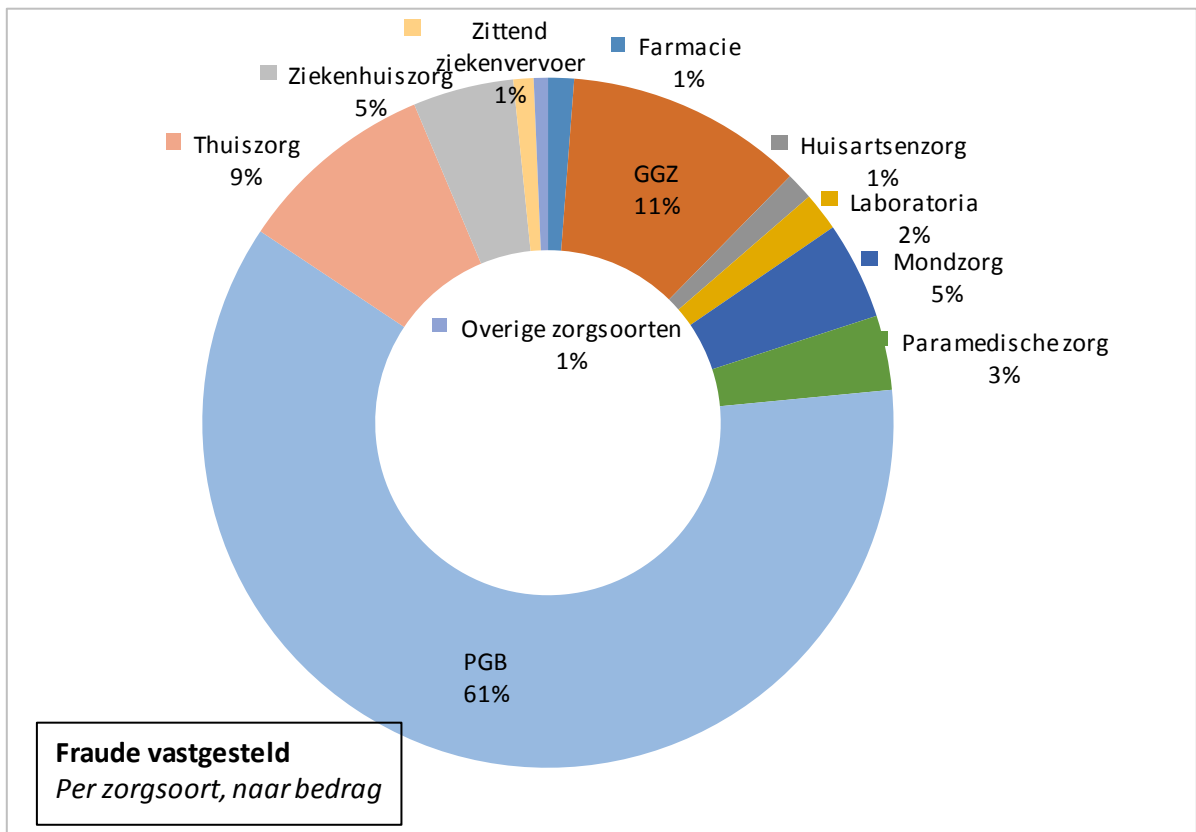
Uit de diagram hieronder blijkt dat de vastgestelde fraudes uit 2014 hoofdzakelijk gepleegd zijn door zorgaanbieders, gevolgd door verzekerden en derden (zoals niet-professionele PGB-zorgverleners, PGB-bemiddelingsbureaus en leveranciers van hulpmiddelen).



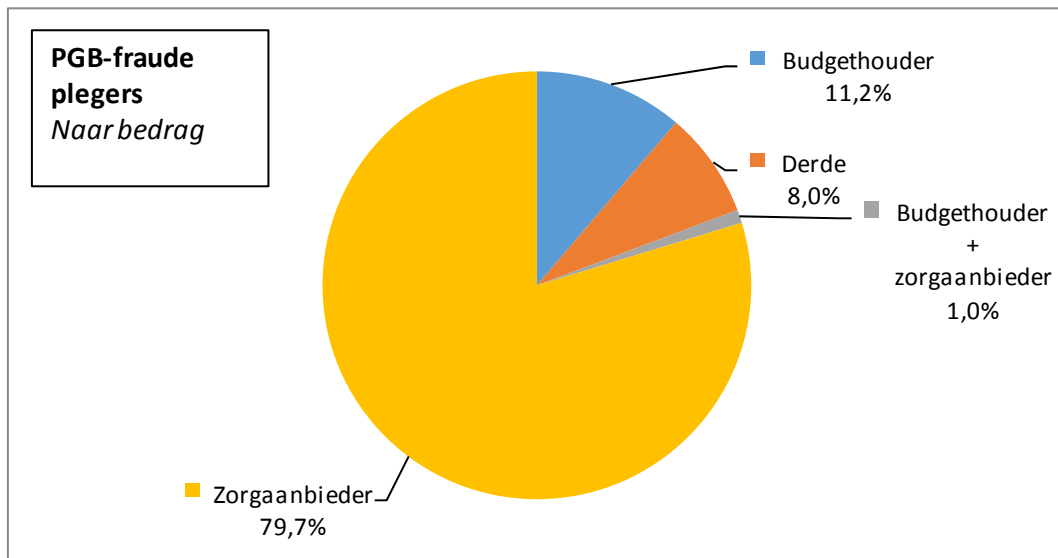
In welke verzekeringsvormen hebben zorgverzekeraars fraude vastgesteld? Uit onderstaande diagram blijkt dat dit voornamelijk in de AWBZ was (70%), gevolgd door de Zvw (25%).



Bij welke zorgsoorten hebben de fraudes en onjuistheden zich voorgedaan? Uit onderstaande diagram blijkt dat de **vastgestelde fraudes** zich voornamelijk hebben afgespeeld in de PGB-regeling en de GGZ.

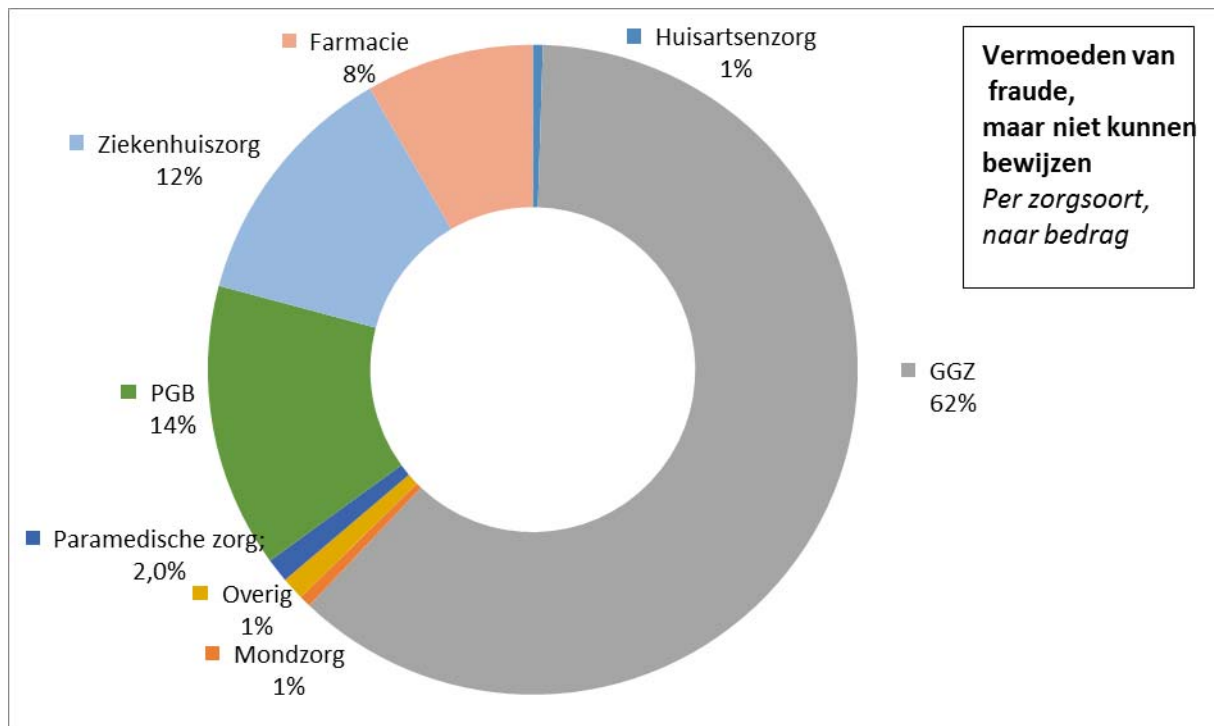


Vanwege de bijzondere aandacht voor fraude met de PGB-regeling, zijn de plegers van PGB-fraude hieronder weergegeven.



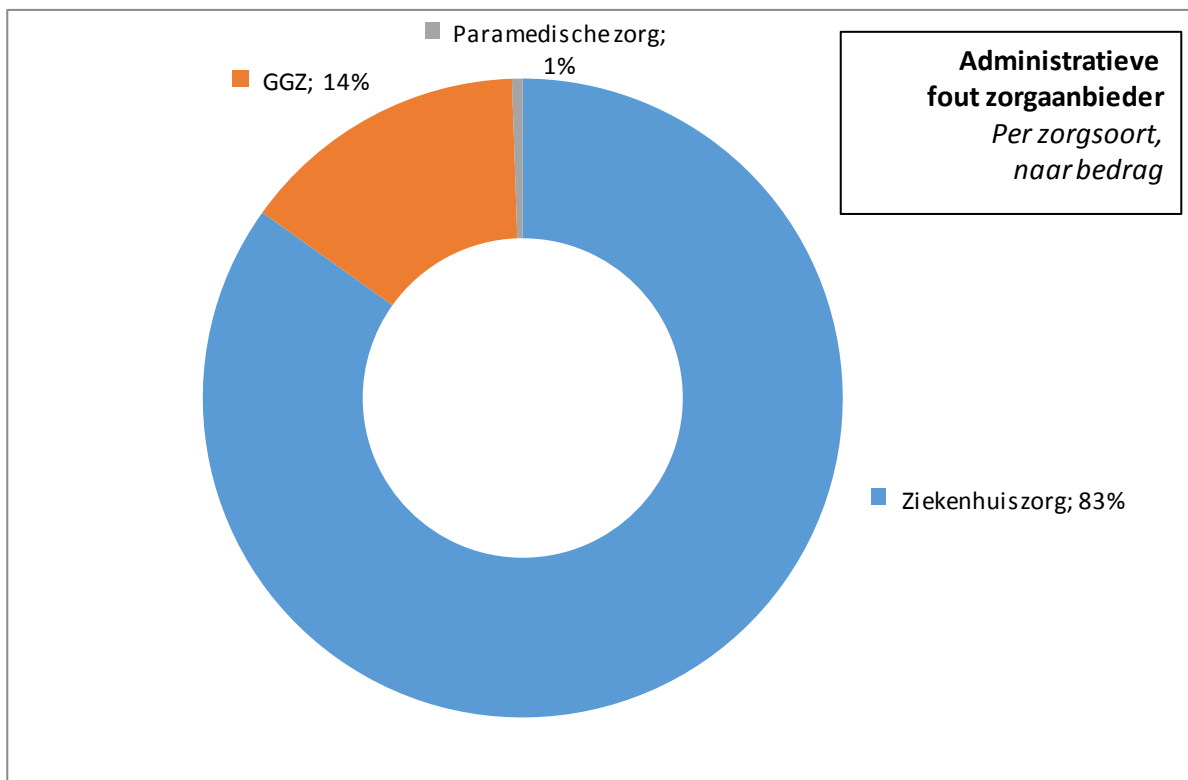
Uit bovenstaande verdeling blijkt dat voornamelijk zorgaanbieders verantwoordelijk waren voor de in 2014 vastgestelde PGB-fraudes. Dit is meer dan een verdubbeling in vergelijking met het voorgaande jaar (van 32% in 2013 naar 79,7% in 2014). Het aandeel fraude door budgethouders is toegenomen van 0,1% in 2013 naar 11,2% in 2014. Het aandeel door derden is flink afgenomen.

Aangezien er in 2014 veel capaciteit naar onderzoeken is gegaan waarin geen fraude kon worden vastgesteld, terwijl het fraudevermoeden bleef staan, zijn ook deze onderzoeken uitgesplitst naar zorgsoort, zie het diagram hieronder. Het totaalbedrag van deze onderzoeken was € 7.479.362 miljoen. In onderstaande uitsplitsing is, net als voorgaande jaren, de GGZ bijzonder dominant.



In bovenstaande uitsplitsing is de GGZ bijzonder dominant. Dat wordt veroorzaakt door een groot onderzoek op dat gebied waarbij de zorgverzekeraar niet kon aantonen dat er als gevolg van bewust handelen een overtreding is begaan.

In het diagram hieronder staat het onderzoeksresultaat 'Administratieve fout zorgaanbieder' als uitkomst van de fraudeonderzoeken. Daarbij is vastgesteld dat er iets mis is gegaan met de declaratie, maar dat dit geen fraude betrof. In 2014 ging dit om een bedrag van € 26.156.650. De hoogte van dit bedrag komt door een fout bij een grote zorgaanbieder in de MSZ.



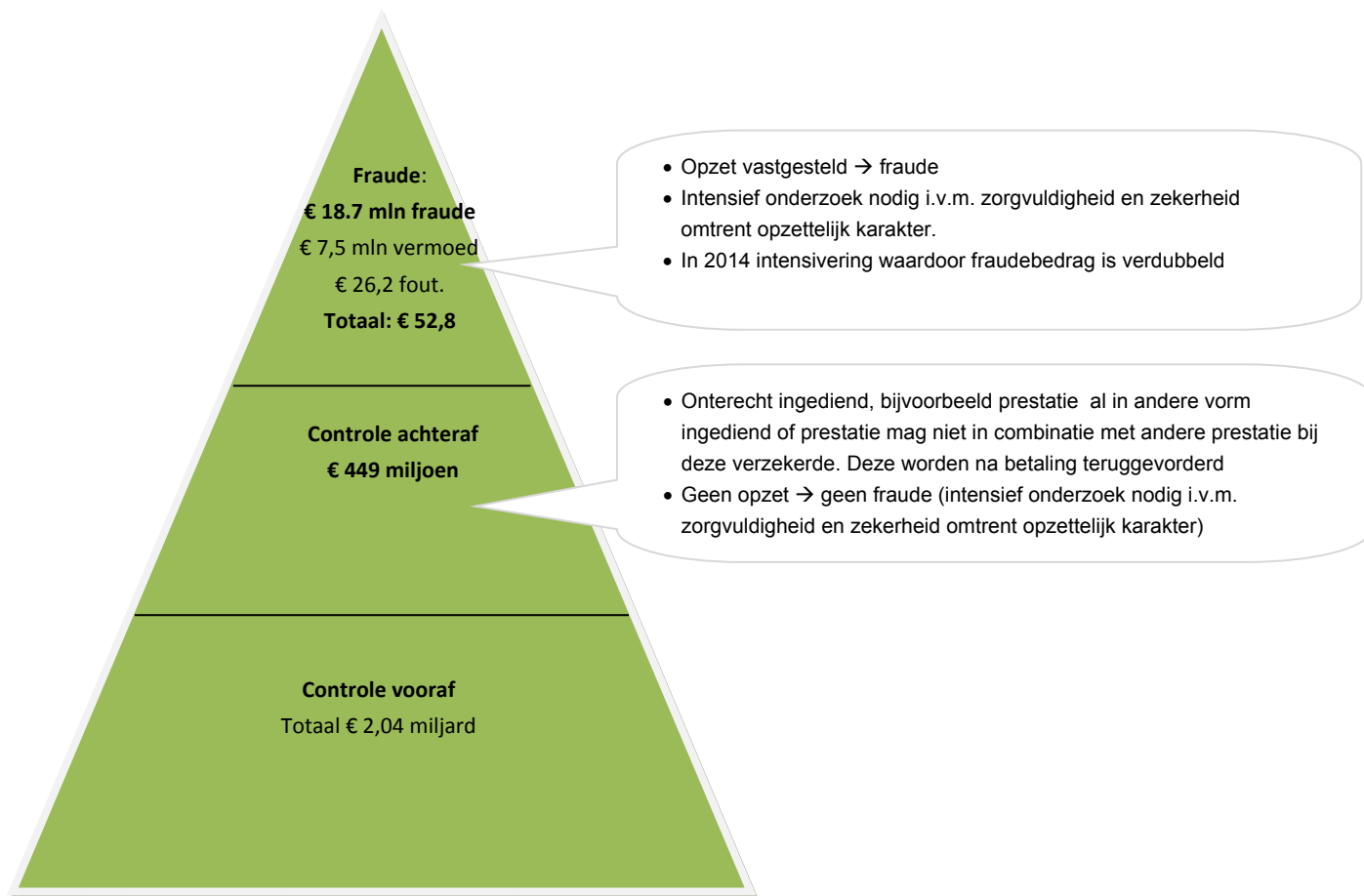
Getroffen maatregelen

Na afronding van de onderzoeken waarin fraude is vastgesteld, nemen zorgverzekeraars uiteraard maatregelen om de fraude te bestraffen dan wel deze in de toekomst te helpen voorkomen. Zo hebben zij in 2014:

- 111 keer de verzekering/overeenkomst opgezegd
- 72 keer een persoon of organisatie geregistreerd in het waarschuwingssysteem waarmee andere verzekeraars gewaarschuwd worden voor de fraudeur
- 69 keer een verzoek gedaan om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren. Met deze laatste maatregel zijn zorgverzekeraars terughoudend aangezien de dossiervorming en dus de benodigde tijdinvestering van de zorgverzekeraar omvangrijk zijn én deze vormen van afdoening gelden als een 'laatste uitweg', als de eigen maatregelen van de zorgverzekeraar niet voldoen.

III. Totaaloverzicht

Hieronder staat de schematische weergave van alle controle- en frauderesultaten:



8 Plannen 2015 en 2016

Zorgverzekeraars nemen het tegengaan van onterechte declaraties en fraude zeer serieus en hebben het afgelopen jaar hun activiteiten geïntensiveerd. Op het terrein van controle is zowel voor de MSZ als de GGZ gestart met het opzetten en uitvoeren van de zogenaamde “zelfonderzoeken”. Zorgaanbieders controleren in dit geval hun eigen ingediende declaraties en rapporteren hierover aan de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars reviewen de door de zorgaanbieder gerapporteerde uitkomsten. Het gezamenlijk vormgeven van de formele controles vindt naast de MSZ, GGZ ook plaats voor de Wet langdurige zorg. Farmacie wordt tevens dit jaar gestart. Daarnaast zijn de zorgverzekeraars bezig met het herijken van de Visie op controle die in 2010 is opgesteld.

Voor de gezamenlijke aanpak van fraudebeheersing hebben de zorgverzekeraars een plan van aanpak opgesteld voor de komende jaren. Een van de activiteiten is een verkenning van een nieuwe gezamenlijke aanpak waardoor zorgverzekeraars landelijke spelende fraudesignalen op een slagvaardige en efficiënte manier kunnen onderzoeken. Omdat zorgverzekeraars preventie van fraude belangrijk vinden, is onlangs een pilot gestart van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ). Zorgverzekeraars kunnen via het RIZ diverse bronnen (tijdens de pilot AGB, BIG, en Insolventieregister) raadplegen. Het voordeel is dat zorgverzekeraars via één portaal de voor hen relevante bronnen gelijktijdig kunnen raadplegen met als doel het proces van screenen van zorgaanbieders efficiënter in te richten. Als de pilot succesvol verloopt, wordt het portaal uitgebreid met andere bronnen.