

Rapportage bij persbericht resultaten controle en fraudebeheersing 2017

Zeist, 21 juni 2018

1. Rol van de zorgverzekeraar

De missie van de zorgverzekeraars is het realiseren van 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 recht- en doelmatigheidscontroles 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 recht- en doelmatigheidscontroles, 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.

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. Hiermee wordt ervaring opgedaan in de revalidatiesector.

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 inspectie SZW, de FIOD, de politie of de IGJ i.o. 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:

1. Technische controles

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.

2. Rechtmatigheidscontrole - formeel

Controles gericht op de naleving van de beleidsregels en nadere regels van de NZa. Ofwel 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. In de praktijk worden dit ook wel **formeel controles** genoemd.

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 controles achteraf kunnen worden onderverdeeld in twee verschillende vormen:

1. Rechtmatigheidscontroles

- Rechtmatigheidscontrole – formeel (zie hierboven)

- Rechtmatigheidscontrole – materieel

Controles gericht op de feitelijke levering van de gedeclareerde zorg. Dit betekent dus dat een declaratie die formeel juist is (opgesteld conform de declaratiebepalingen van de NZa), maar waarvan de gedeclareerde zorg feitelijk niet geleverd is, toch onrechtmatig is. Controles naar feitelijke levering worden in de praktijk ook wel **materiële controles** genoemd. Een materiele controle kan bijvoorbeeld d.m.v. statistische analyses, steekproeven, enquêtes en in sommige gevallen door dossiercontrole worden uitgevoerd.

- Rechtmatigheidscontrole – evidence based zorg en redelijkerwijs aangewezen

Controles gericht op evidence based zorg ('stand van wetenschap en praktijk¹) en redelijkerwijs aangewezen² van de gedeclareerde en feitelijk geleverde zorg. Dit betekent dus dat een declaratie die formeel juist is (opgesteld conform de declaratiebepalingen van de NZa) en waarvan de zorg feitelijk is geleverd, maar de geleverde zorg niet evidence based is en/of de patiënt niet redelijkerwijs op de geleverde zorg was aangewezen, toch onrechtmatig is. Controles naar evidence based zorg en redelijkerwijs aanwezen worden in de praktijk ook wel **gepast gebruik controles** genoemd. Deze vorm van controle kan bijvoorbeeld d.m.v. statistische analyses, steekproeven, enquêtes en door dossiercontrole worden uitgevoerd. Met name het controleren of de geleverde zorg voor die ene patiënt op dat moment het meest aangewezen was, wordt meestal d.m.v. dossiercontrole uitgevoerd.

2. Doelmatigheidscontroles

Hieronder vallen controles die voortvloeien uit afspraken tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar en die geen betrekking hebben op rechtmatigheid. Deze afspraken moeten binnen de maximumregels van de NZa vallen en mogen daarmee niet in strijd zijn.

5. Soorten onjuistheden

• Technische declaratie fouten

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 juiste vulling van de afgesproken velden, wordt het bericht afgewezen en teruggestuurd naar de zorgaanbieder.

• Onrechtmatige 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. Een laatste vorm van onrechtmatige declaratie betreft het geval waarbij de zorg wel is geleverd zoals deze is gedeclareerd, maar waar de verzekerde ook goed geholpen zou zijn geweest met andere of minder of zwaardere 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.

• Ondoelmatige declaraties

Dit zijn declaraties die wel voldoen aan de wet- en regelgeving maar die niet voldoen aan de afspraken (contracten en/of polisvoorwaarden) die zijn gemaakt tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

• 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

¹ Volgens het Besluit zorgverzekering (artikel 2.1) behoort een prestatie alleen tot de verzekerde prestaties als het voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk, dat wil zeggen 'evidence based'. Het Zorginstituut heeft op www.zorginstituutnederland.nl nadere standpunten ingenomen of iets al dan niet (onder welke voorwaarden) behoort tot een verzekerde prestatie. De standpunten zijn niet limitatief, maar zijn wel richtinggevend

² In artikel 2.1, lid 3 Besluit zorgverzekering is aangegeven dat: "onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen". Artikel 14, lid 1 Zvw geeft aan: de vraag of een verzekerde behoefte heeft aan een bepaalde vorm van zorg of een bepaalde andere dienst, wordt slechts op basis van zorginhoudelijke criteria beantwoord. Redelijkerwijs aangewezen bepaalt wanneer de zorg voor een individuele verzekerde onder de verzekerde prestatie valt.

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.

- **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.

6. Fraude en fraudeonderzoek

De definitie van fraude die zorgverzekeraars hanteren, omvat drie criteria:

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

Zorgverzekeraars doen onderzoek naar signalen van fraude die zij beoordelen als 'onderzoekswaardig'. Dit 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 de aard, ernst en omvang van de zaak, de zorgsoort en uitkomsten van risicoanalyses een rol kunnen spelen.

Indien het signaal onderzoekswaardig is, voert de zorgverzekeraar een onderzoek uit, waarbij in de eerste fase vooral 'bureauonderzoek' wordt gedaan. In een latere onderzoeksfase kunnen ook andere middelen worden ingezet, zoals een enquête onder verzekerden of het opvragen van medische dossiers. Bij grote fraudeonderzoeken, die bij meerdere zorgverzekeraars mogelijk een aanzienlijke omvang hebben, kunnen zorgverzekeraars via ZN samenwerken in een speciale onderzoekswerkgroep. Bij deze onderzoeken wisselen zij bevindingen uit, bepalen ze gezamenlijk welke onderzoeksstappen worden gezet en voeren zij overleg met de toezichthouders en opsporingsdiensten.

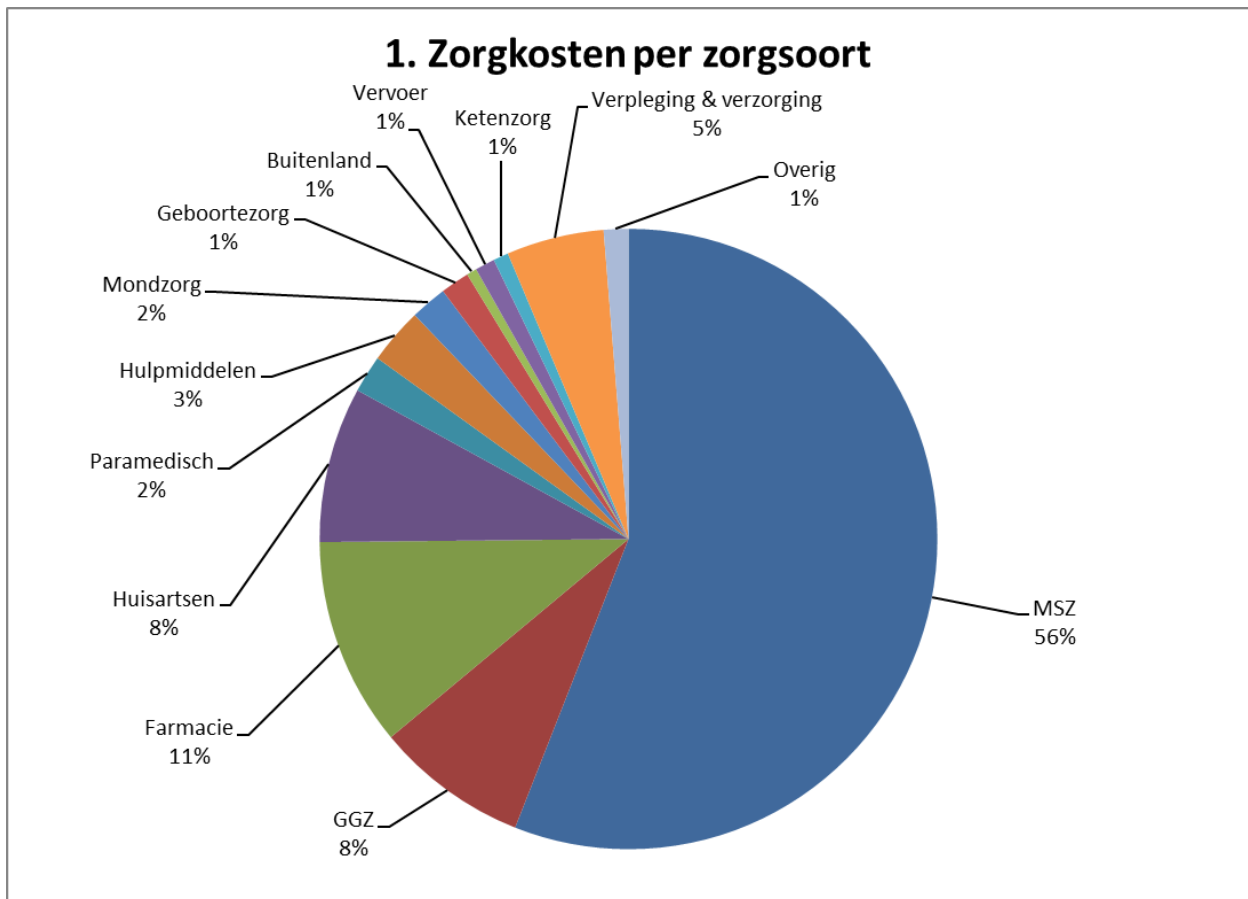
Zorgverzekeraars vorderen onjuist gedeclareerde bedragen altijd terug, ook als geen sprake is van fraude maar van fouten. Na de onderzoeksfase bepaalt de zorgverzekeraar bij vastgestelde fraudes met behulp van de maatregelenrichtlijn welke maatregelen worden opgelegd. Eén van de mogelijke maatregelen is het vorderen van onderzoekskosten. Zorgverzekeraars kunnen verder de overeenkomst met de zorgaanbieder of de verzekering van de verzekerde opzeggen. Ook het waarschuwen van andere verzekeraars door registratie van de fraudeur in het Extern Verwijzingsregister (EVR) is een mogelijkheid. Het overdragen van de fraudezaak aan de Nederlandse Zorgautoriteit, de recherche zorgfraude van de Inspectie SZW, FIOD, politie of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd 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 2017

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 2017 is er voor circa 45,4 miljard euro gedeclareerd voor de basisverzekering in de Zvw. Onderstaand is een uitsplitsing per zorgsoort van deze zorgkosten (schadelast) weergegeven.

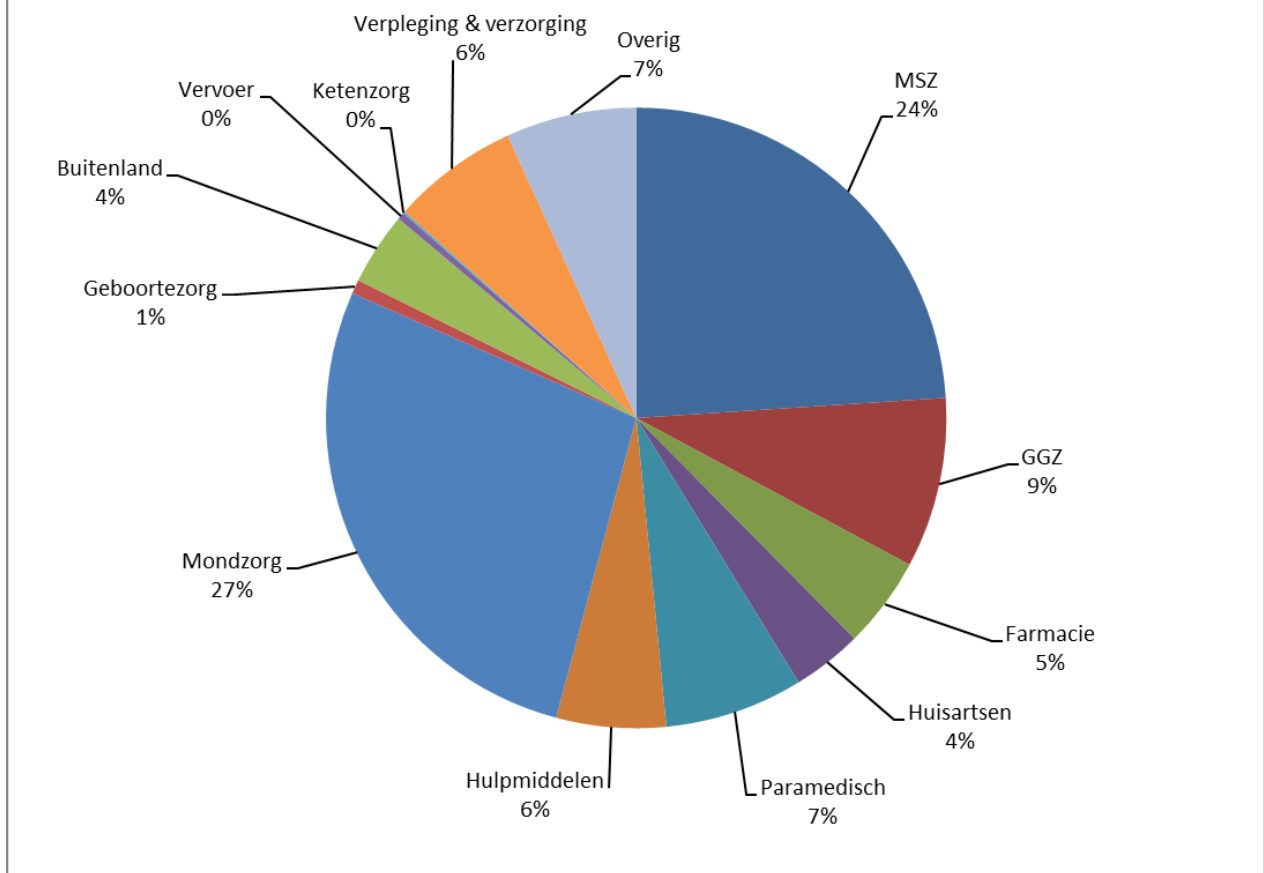


Hierbij is zichtbaar dat de helft gedeclareerd is vanuit de Medisch Specialistische Zorg (ziekenhuizorg en zelfstandige behandelcentra). Bij de overige sectoren nemen Farmacie, GGZ, Huisartsen en Verpleging & verzorging het grootste deel in.

Controle vooraf

Zoals eerder is beschreven, voeren zorgverzekeraars allereerst een controle vooraf uit. In 2017 hebben de zorgverzekeraars door deze controle 3,6 miljard euro afgewezen. Onderstaand is de uitsplitsing per zorgsoort weergegeven voor deze 3,6 miljard euro.

2. Afwijzing na controle vooraf per zorgsoort



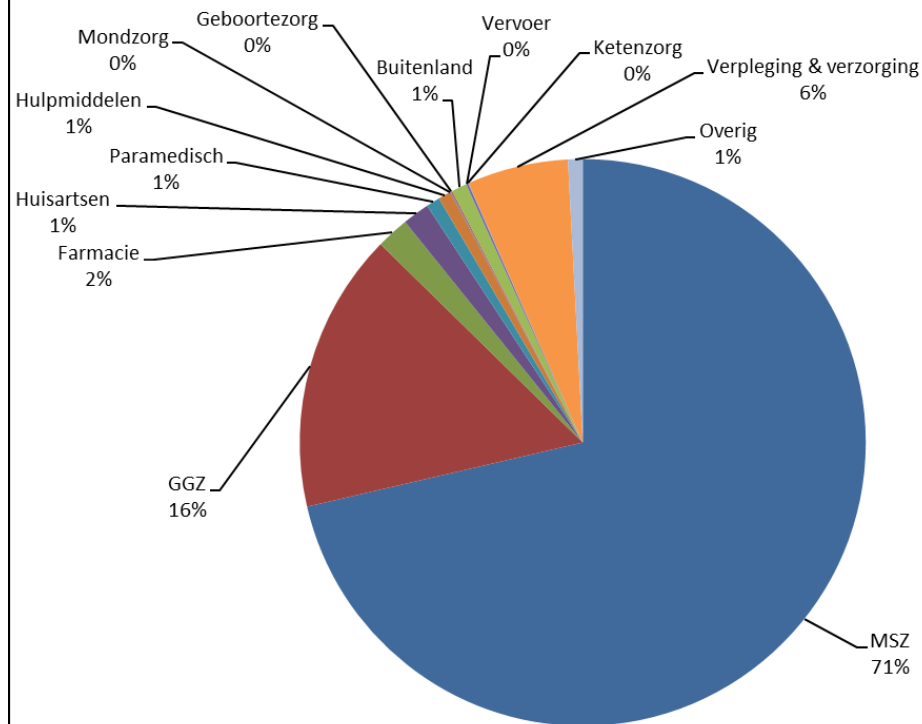
Een afgewezen declaratie betekent niet per definitie dat de declaratie nooit meer wordt betaald. Indien de declaratie was afgewezen wegens een technische fout (bijvoorbeeld veld niet gevuld) en de zorgaanbieder vult het veld alsnog en dient de declaratie opnieuw in, dan kan deze alsnog worden betaald. 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 5% van de zorgkosten uit, maar zorgt wel voor 27% van de afwijzingen vooraf. Een logische verklaring hiervoor is dat zorgverzekeraars vaak mondzorgdeclaraties ontvangen voor de verkeerde verzekering (Zorgverzekeringswet 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 2017 hebben de zorgverzekeraars voor 372 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 is dit bij de betreffende zorgaanbieder. In onderstaande tabel is per zorgsoort weergegeven hoeveel procent van die 372 miljoen is teruggevorderd.

3. Terugvordering controle achteraf per zorgsoort



In bovenstaande uitsplitsing is 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 2017 uitgevoerde handreiking 2015 in 2017 hebben teruggevorderd. Daarnaast is voor de GGZ een groter deel dan men zou verwachten op basis van de zorgkosten teruggevorderd. Een verklaring hiervoor zou het in 2017 uitgevoerde zelfonderzoek cGGZ 2014 kunnen zijn.

II. Fraudeonderzoek (Zvw, Wlz/AWBZ en AV)

Zorgverzekeraars kunnen, bij een vermoeden dat een fout bewust is begaan, een fraudeonderzoek starten. Deze onderzoeken doen zij voor zorg binnen de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg/ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Aanvullende verzekering.

Of daadwerkelijk een onderzoek 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 urgentie, aard en omvang.

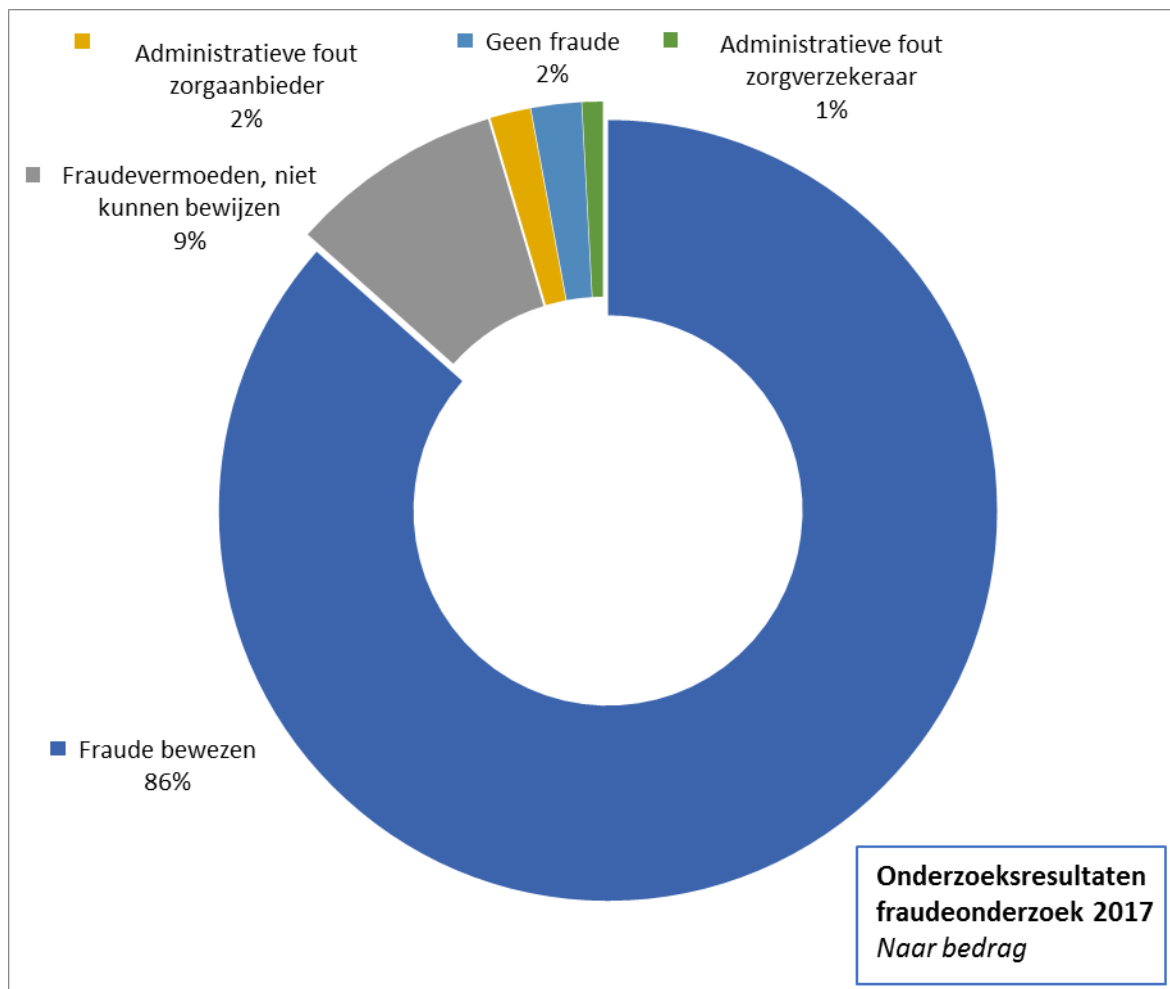
Resultaten fraudeonderzoeken 2017

In 2017 hebben zorgverzekeraars in totaal 1146 fraudeonderzoeken afgerond. Bij het afsluiten van een onderzoek zijn zes onderzoeksuitkomsten mogelijk:

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

Van de 1146 afgeronde fraudeonderzoeken is het onderzoek in 46% van de gevallen (529 keer) gesloten met het onderzoeksresultaat 'geen fraude'. In 27% van de in 2017 afgeronde fraudeonderzoeken werd fraude vastgesteld (311 keer). In 16% van de gevallen kon fraude niet worden aangetoond door de zorgverzekeraar, maar bleef het vermoeden van fraude na onderzoek wel bestaan (181 keer). In 8% van de fraudeonderzoeken was sprake van een administratieve fout van de zorgaanbieder (96 keer). In 2% van de 1146 onderzoeken was sprake van een administratieve fout van de verzekerde (20 keer) en in 1% van de onderzoeken is een administratieve fout door de zorgverzekeraar geconstateerd (9 keer).

In de grafiek hieronder staan de onderzoeksuitkomsten weergegeven naar *vastgesteld onterecht gedeclareerd bedrag*. In de grafiek zijn de 1146 onderzoeken terug te zien die zijn afgesloten met de onderzoekresultaten 'fraude bewezen', 'fraudevermoeden, niet kunnen bewijzen', administratieve fout zorgaanbieder, 'geen fraude' en 'administratieve fout zorgverzekeraar'. Het onderzoeksresultaat administratieve fout verzekerde valt weg in deze grafiek vanwege het lage onterecht gedeclareerd bedrag bij dit onderzoeksresultaat, namelijk minder dan 1% van het totale onterecht gedeclareerd bedrag dat is vastgesteld met fraudeonderzoek.



Het totaal onrecht gedeclareerd bedrag dat in 2017 met fraudeonderzoek is vastgesteld is 31,3 miljoen euro. Van dit totaal onrecht gedeclareerd bedrag is voor het merendeel, namelijk 27 miljoen euro, sprake van vastgestelde fraude. 2,8 Miljoen euro is vastgesteld in onderzoeken die zijn afgesloten met een fraudevermoeden dat niet kon worden hardgemaakt. Van de totale 31,3 miljoen euro was bij 2 % sprake van geen fraude; dit betrof 647.638 euro. Administratieve fouten door een zorgaanbieder, waarbij dus *geen* sprake was van opzettelijk of bewust handelen, maken 2% van het totale onrecht gedeclareerd bedrag (522.610 euro) uit dat met fraudeonderzoek in 2017 is vastgesteld. Bij 1% van het vastgestelde onrecht gedeclareerd bedrag gaat het om een administratieve fout van een zorgverzekeraar (268.334euro) en minder dan 0,5% van het totaalbedrag, 83.673 euro is toe te schrijven aan administratieve fouten van verzekerden.

De omvang van de in 2017 en in voorgaande jaren vastgestelde onderzoeksresultaten naar onrecht gedeclareerd bedrag is als volgt:

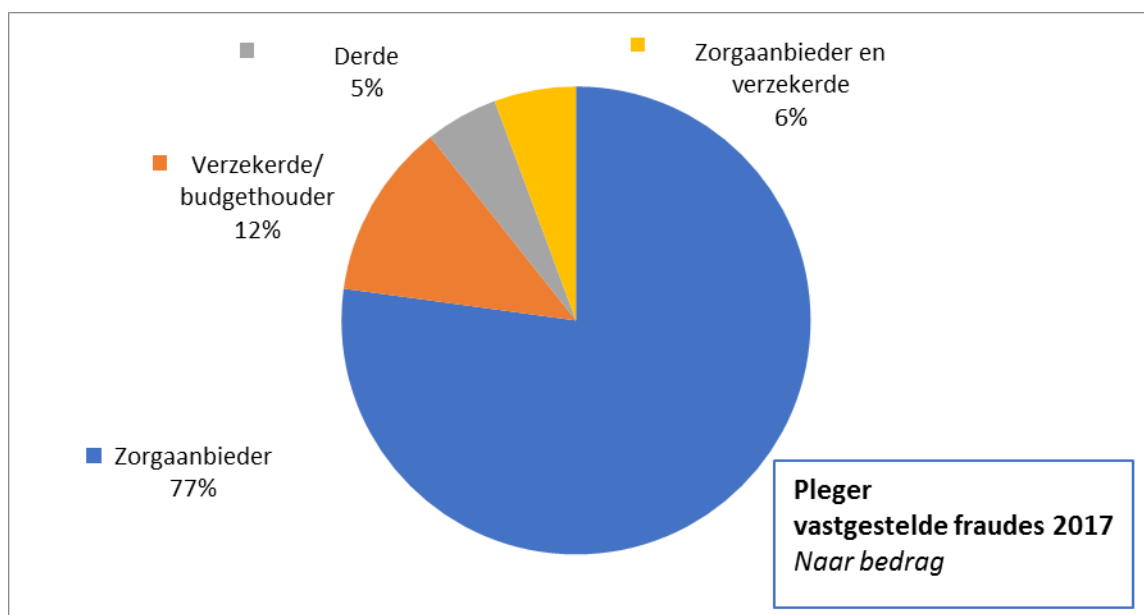
Onderzoeksresultaat	2017	2016	2015
Fraude bewezen	€ 27.023.174,16	€ 18.862.157,66	€ 11.117.186,74
Geen fraude	€ 647.638,43	€ 233.048,32	€ 1.068.250,25
Fraudevermoeden	€ 2.767.804,29	€ 4.191.231,33	€ 5.018.265,31
Administratieve fout zorgaanbieder	€ 522.609,99	€ 1.191.920,90	€ 2.349.577,09
Administratieve fout verzekerde en verzekeraar	€ 352.007,72	€ 301.205,47	€ 461.591,85
Totaal	€ 31.313.235	€ 24.779.564	€ 20.014.871

Het gemiddelde onterecht gedeclareerde bedrag per vastgestelde fraude was 86.891 euro in 2017. In voorgaande jaren bedroeg dit gemiddelde bedrag 59.129 euro (2016), 48.974 euro (2015), 76.716 euro (2014) en 36.828 euro (2013). In 2017 ligt dit bedrag dus hoger dan in voorgaande jaren.

Plegers vastgestelde fraudes

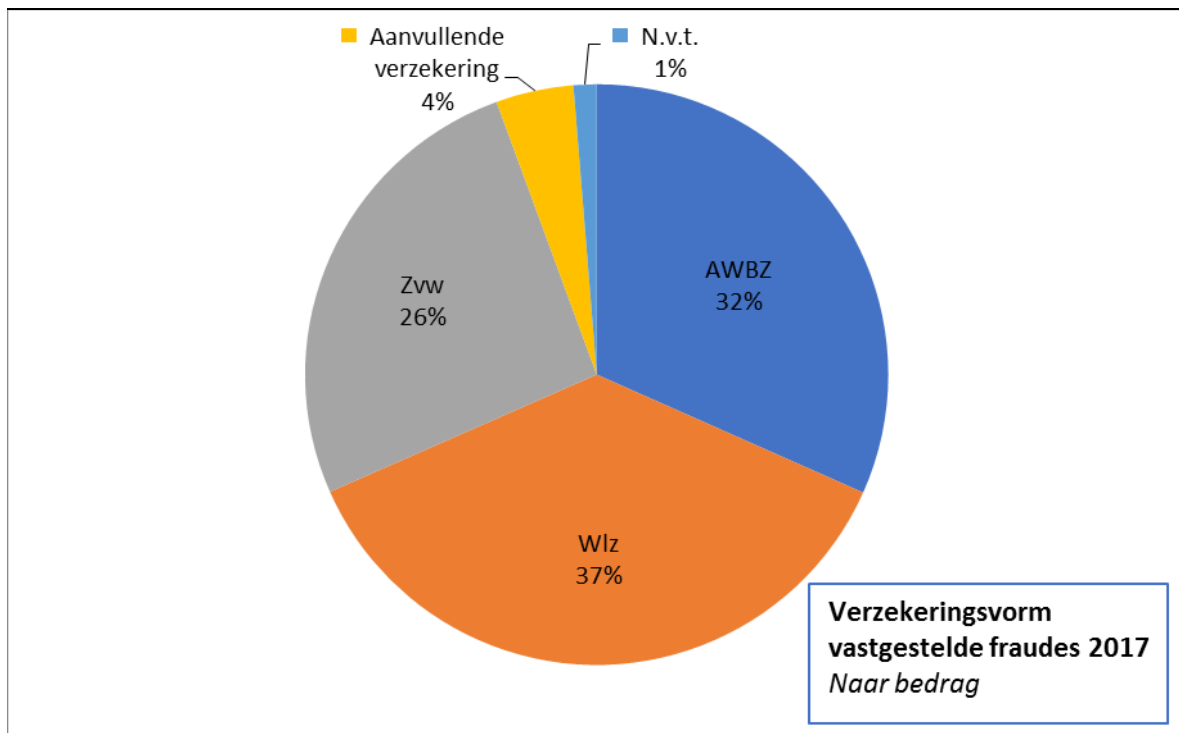
Uit de diagram hieronder blijkt dat bijna driekwart van het in 2017 vastgestelde fraudebedrag is gepleegd door zorgaanbieders (77%). Bij verzekerden en PGB-budgethouders (12%) en derden, zoals niet-professionele PGB-zorgverleners, bemiddelingsbureaus en leveranciers van hulpmiddelen (5%) liggen de percentages aanzienlijk lager. Bij zorgaanbieders en verzekerden die gezamenlijk de fraude hebben gepleegd (samenspanning) is dit percentage (6%).

Ten opzichte van 2016 hebben in deze verdeling naar plegers verschuivingen plaatsgevonden en komen de percentages meer overeen met 2015. In dat jaar werd 80% van het vastgestelde fraudebedrag gepleegd door zorgaanbieders, 6% door derden en 13% door verzekerden/ budgethouders.



Verzekeringvormen vastgestelde fraudes

Zorgverzekeraars hebben fraude vastgesteld in alle verzekeringsvormen. Uit onderstaand diagram blijkt dat dit voornamelijk in de Wlz (37%) en AWBZ was (32%), gevolgd door de Zorgverzekeringswet (26%). Ook in de Aanvullende verzekering werd fraude gepleegd (4%). In 1% van de fraude bewezen gevallen was een verzekeringsvorm onbekend of niet van toepassing.

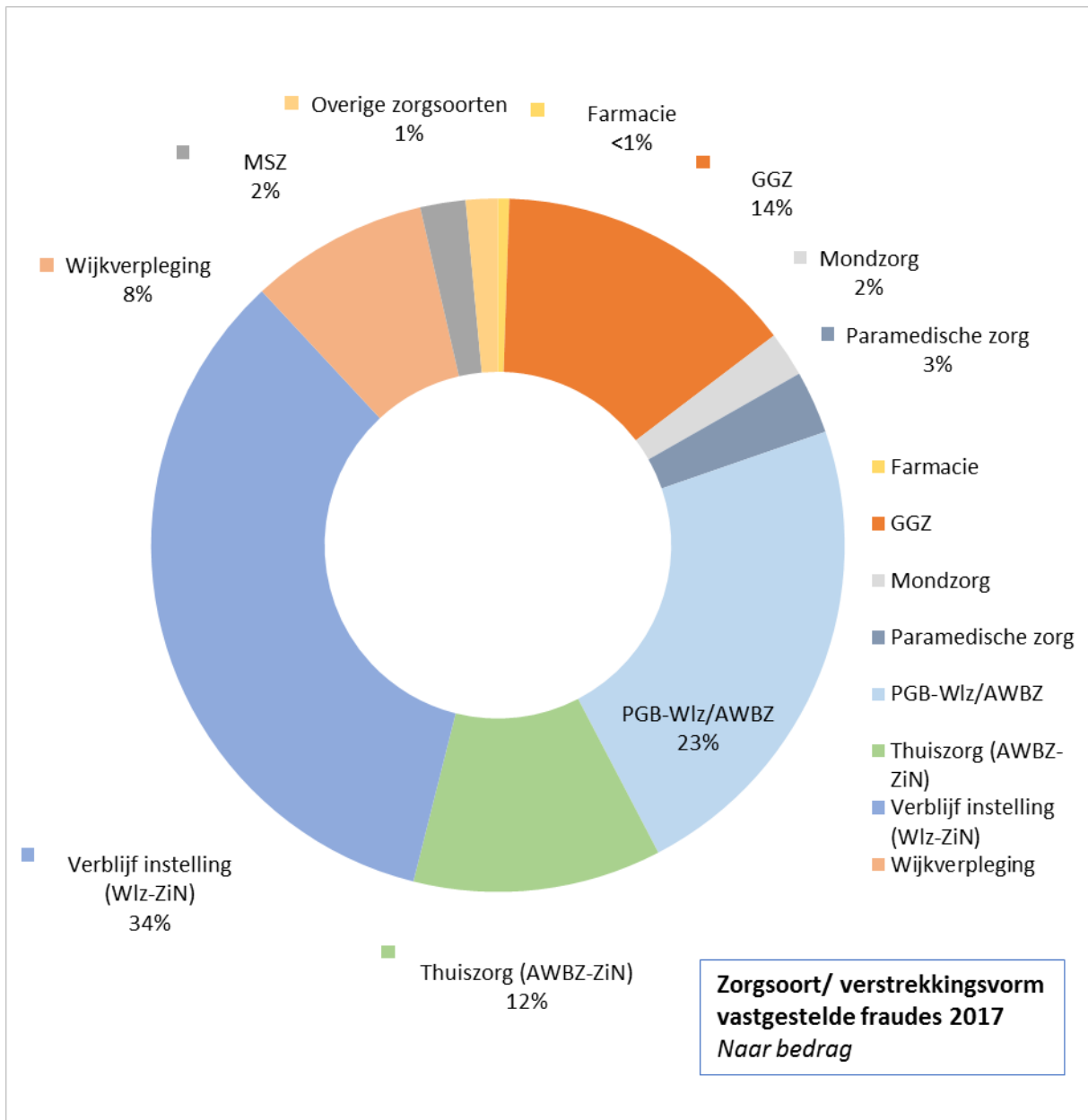


Zorgsoorten/verstrekkingvormen vastgestelde fraudes

De fraudes hebben plaatsgevonden bij verschillende zorgsoorten³. De Wlz en AWBZ zijn met zowel Zorg in Natura en PGB, zoals ook blijkt uit de diagram naar verzekeringstype, sterk vertegenwoordigd bij vastgestelde fraudes. Van het totaal in 2017 vastgestelde fraudebedrag betrof 34%, namelijk 9.231.945 euro, Verblijf in een instelling (Wlz ZiN) en 12%, dit is € 3.127.802 euro, betrof Thuiszorg (AWBZ ZiN). Uit onderstaande diagram blijkt verder dat fraude binnen de PGB-Wlz/AWBZ-regelingen 23% van het totaal in 2017 vastgestelde fraudebedrag uitmaakt: 6,1 miljoen euro van totaal 27 miljoen euro. Voor PGB-Wlz/AWBZ is dit een absolute en percentuele daling ten opzichte van de jaren 2016 en 2015. De GGZ is met 3.819.185 euro verantwoordelijk voor 14% van het totaal vastgestelde fraudebedrag en wijkverpleging is met ruim 2,2 miljoen euro verantwoordelijk voor 8,3% van het in 2017 vastgestelde fraudebedrag.

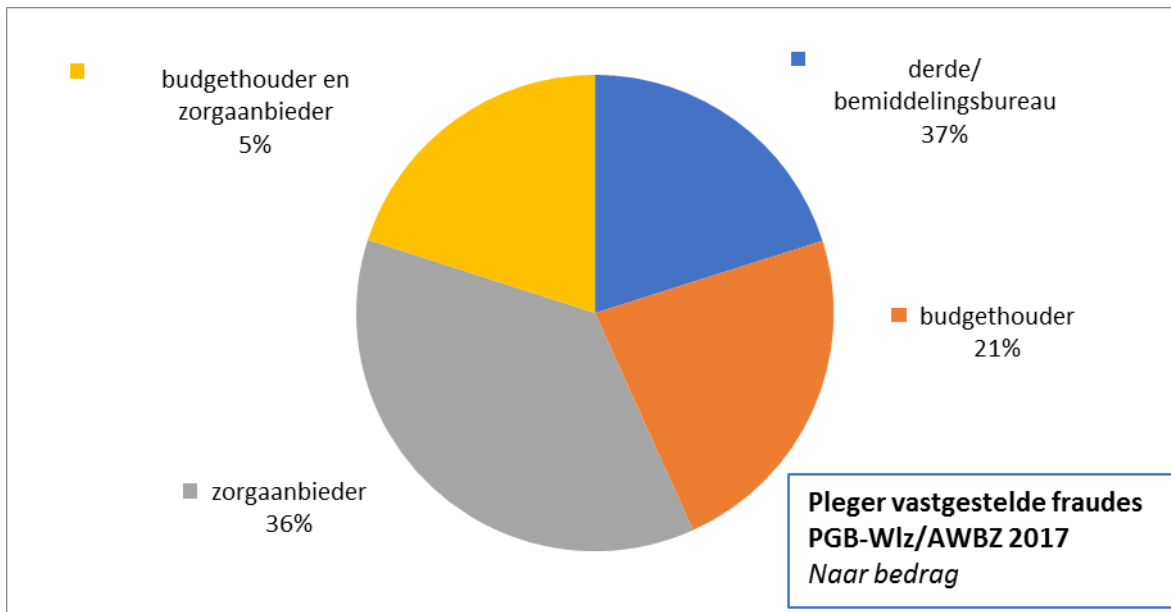
Bij de zorgsoort medisch specialistische zorg (MSZ) is het belangrijk om te vermelden dat in geen enkel geval is vastgesteld dat fraude werd gepleegd door een zorgaanbieder. In slechts één van de 61 onderzoeken is vastgesteld dat fraude is gepleegd door een derde. Alle overige 60 MSZ fraudegevallen betreft fraude gepleegd door verzekerden. Het gaat daarbij om frauduleuze nota's voor medisch specialistische zorg in het buitenland vanuit de werelddekking in de Zorgverzekeringswet.

³ PGB is een verstrekkingstype waaronder verschillende vormen van zorg vallen, zoals persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.



Plegers vastgestelde PGB-Wlz/AWBZ fraudes

Vanwege de bijzondere aandacht voor fraude met de PGB-regeling zijn de plegers van PGB-fraude in de grafiek hieronder weergegeven. In 2017 werd 37% van het vastgestelde fraudebedrag met PGB-Wlz/AWBZ gepleegd door zorgaanbieders, 23% door budgethouders, 20% door een derde/ bemiddelingsbureau en 20% door budgethouders en zorgaanbieders gezamenlijk. In 2016 lagen deze percentages op 37% voor derden of bemiddelingsbureaus, 36% voor zorgaanbieders en 21% voor budgethouders.



Getroffen maatregelen bij vastgestelde fraudes

Na afronding van onderzoeken waarin fraude is vastgesteld, nemen zorgverzekeraars altijd maatregelen om de fraude te bestraffen en fraudes in de toekomst te helpen voorkomen. Zorgverzekeraars hebben in 2017 de volgende maatregelen opgelegd:

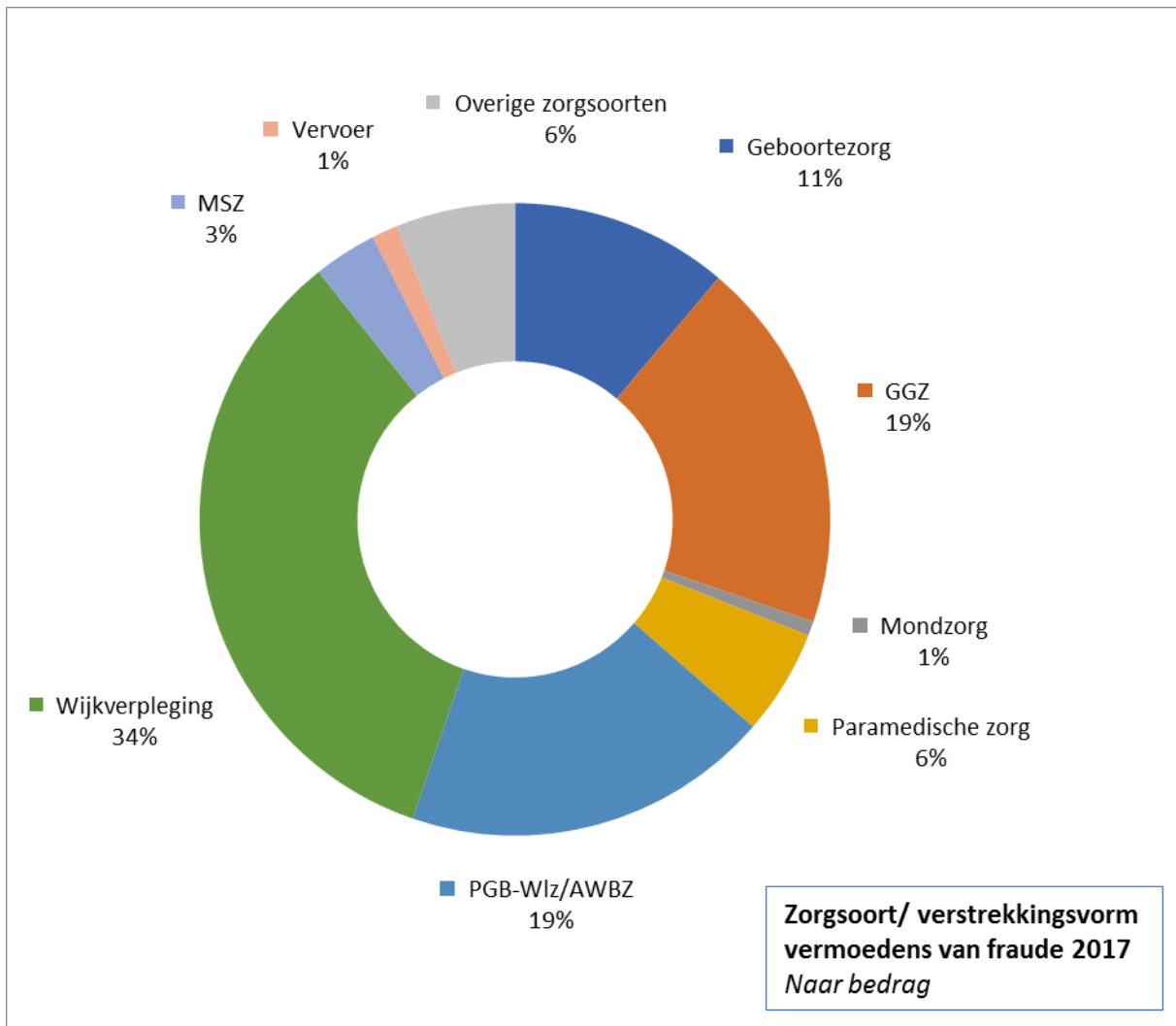
- 150 keer de verzekering(en) van de verzekerde (119 keer) of een contract/overeenkomst met de zorgaanbieder opgezegd (31 keer).
- 124 keer een natuurlijk persoon of rechtspersoon geregistreerd in het waarschuwingsregister waarmee andere verzekeraars gewaarschuwd worden voor de fraudeur.
- 65 keer een verzoek gedaan aan een ketenpartner om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren.

Met deze laatste maatregel zijn zorgverzekeraars terughoudend aangezien deze vormen van afdoening gelden als een 'zwaarste middel'. Zij doen een dergelijk verzoek alleen als de eigen maatregelen van de zorgverzekeraar niet voldoen gezien de ernst van de gepleegde fraude.

Naast bovenstaande maatregelen hebben zorgverzekeraars de mogelijkheid om (een gedeelte van de) onderzoekskosten te vorderen. Ook kunnen zij, tegen BIG-geregistreeerde zorgverleners, een tuchtklacht indienen bij een Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg. In 2017 diende het hoger beroep in een zaak waarin zeven zorgverzekeraars gezamenlijk tuchtklachten hadden ingediend tegen een huisarts. Deze tuchtklachten hebben stand gehouden en de opgelegde maatregel, doorhaling van de inschrijving van de huisarts in het BIG-register, is definitief geworden. In een andere zaak, waarbij één zorgverzekeraar een tuchtklacht heeft ingediend tegen een apotheker, diende het hoger beroep eveneens in 2017. Ook deze tuchtklacht heeft stand gehouden en de zwaarste maatregel doorhaling is bekrachtigd.

Fraudevermoedens

In 2017 zijn 181 onderzoeken afgesloten waarin geen fraude kon worden vastgesteld (bijv. vanwege onvoldoende feitelijke bewijsmiddelen), terwijl het vermoeden van fraude na onderzoek door de zorgverzekeraar bleef bestaan. Het vastgestelde onterecht gedeclareerde bedrag van deze onderzoeken was 2,8 miljoen euro. Ook deze onderzoeken zijn uitgesplitst naar zorgsoort en weergegeven in een diagram.



In de diagram is ten opzichte van voorgaande jaren een verschuiving te zien in de zorgsoorten. In 2017 werd 34% van het onterecht gedeclareerd fraudevermoeden-bedrag vastgesteld in de wijkverpleging. 19% Van het onterecht gedeclareerd fraudevermoeden-bedrag werd vastgesteld in de GGZ en eveneens 19% betrof de PGB-Wlz/AWBZ-regeling. Bij onderzoeken die worden afgesloten met een fraudevermoeden wordt het onterecht uitgekeerde bedrag altijd teruggevorderd.

Administratieve fouten zorgaanbieders

In 2017 zijn 96 onderzoeken afgesloten met het onderzoeksresultaat 'administratieve fout zorgaanbieder'. In deze onderzoeken is vastgesteld dat een fout is gemaakt met de declaratie en dat daarbij geen sprake was van opzet of bewust handelen. In 2017 ging dit om een bedrag van 0,5 miljoen euro. In het diagram hieronder is het onderzoeksresultaat 'administratieve fout zorgaanbieder' uitgesplitst naar zorgsoorten.

