

Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2016

Zeist, 2017

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 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 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:

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 **formele 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.

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.

- 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.
- 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 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 onder verzekerden 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, bepalen ze gezamenlijk welke onderzoeksstappen worden gezet en voeren zij overleg met de toezichthouders en opsporingsdiensten.

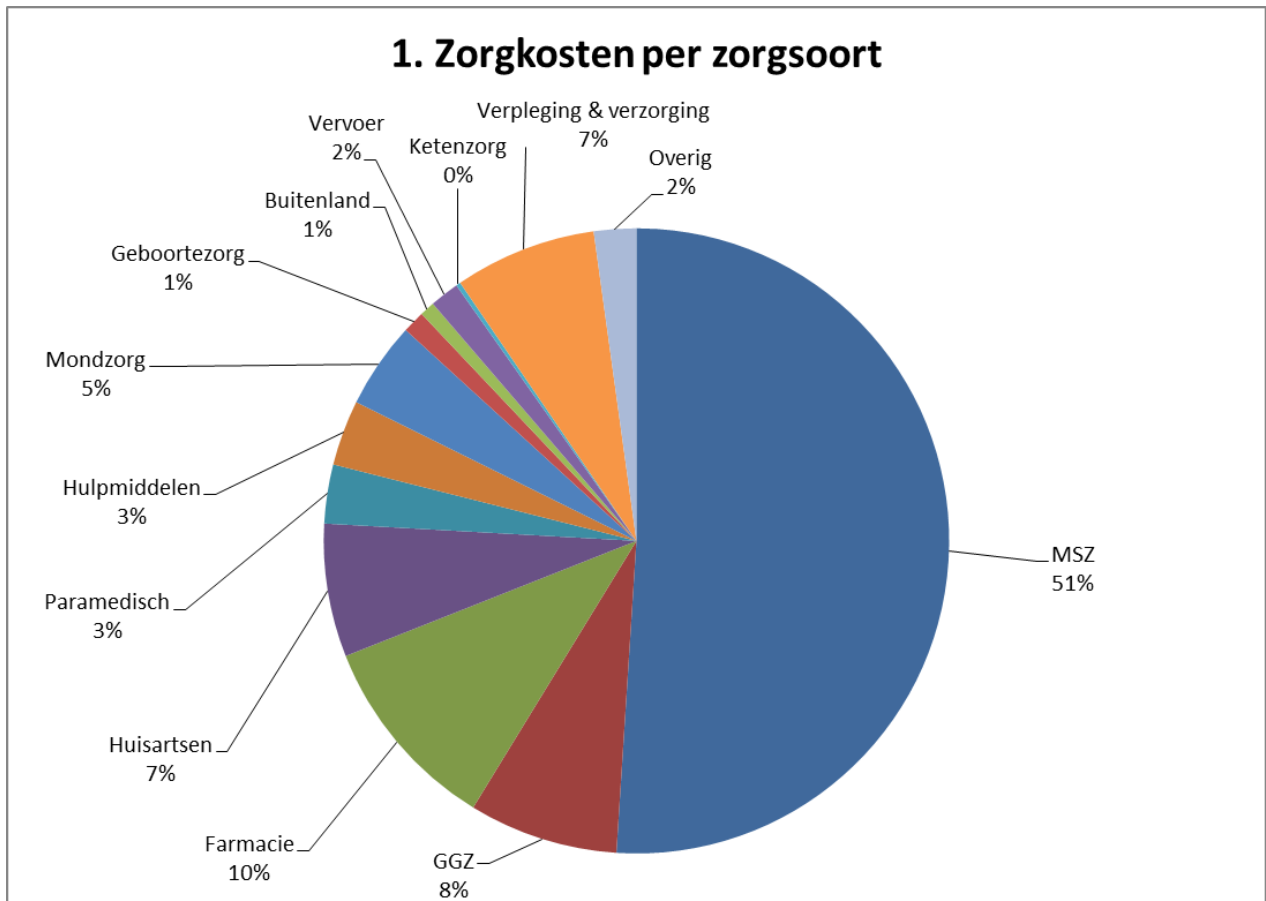
Na de onderzoeksfase bepaalt de zorgverzekeraar op basis van de maatregelenrichtlijn de te nemen maatregelen, die per fraudezaak kunnen verschillen. Zorgverzekeraars vorderen onjuist gedeclareerde bedragen altijd terug (ook als er geen sprake is van fraude), zo mogelijk vermeerderd met onderzoekskosten. 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, Inspectie SZW, FIOD, 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 2016

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 2016 is er voor circa 44,3 miljard euro gedeclareerd voor de basisverzekering in de Zvw. Onderstaand is een uitsplitsing per zorgsoort van deze zorgkosten (schadelast) weergegeven.

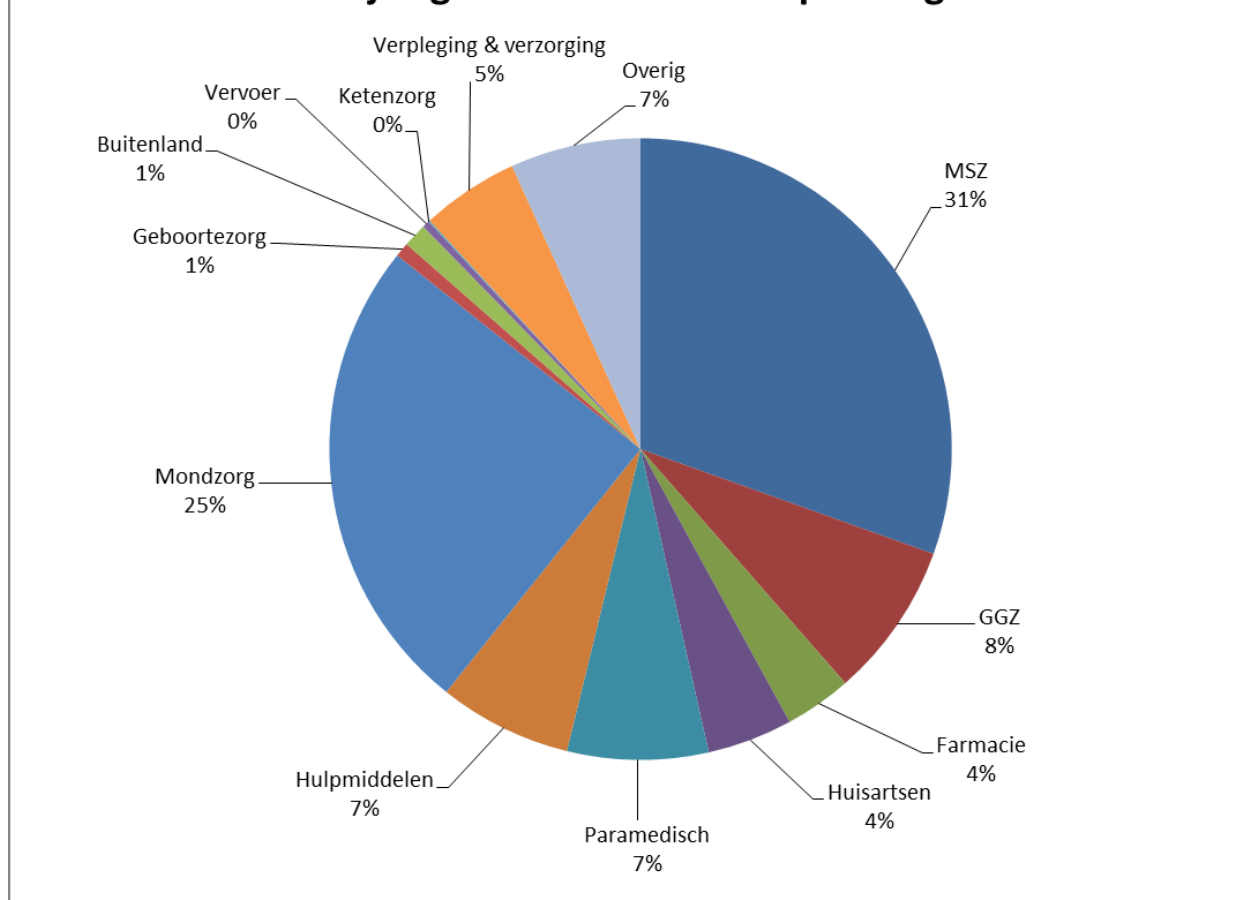


Hierbij is zichtbaar dat de helft gedeclareerd is vanuit de Medisch Specialistische Zorg (ziekenhuiszorg en zelfstandige behandelcentra). Bij de overige sectoren nemen Farmacie, GGZ, Huisartsen en Verpleging & verzorging het grootste deel in.

Controle vooraf

Zoals eerder is beschreven, voeren zorgverzekeraars allereerst een controle vooraf uit. In 2016 hebben de zorgverzekeraars door deze controle 2,7 miljard euro afgewezen. Onderstaand is de uitsplitsing per zorgsoort weergegeven voor deze 2,7 miljard euro: wat is het aandeel per zorgsoort in dit bedrag?

2. Afwijzing na controle vooraf per zorgsoort



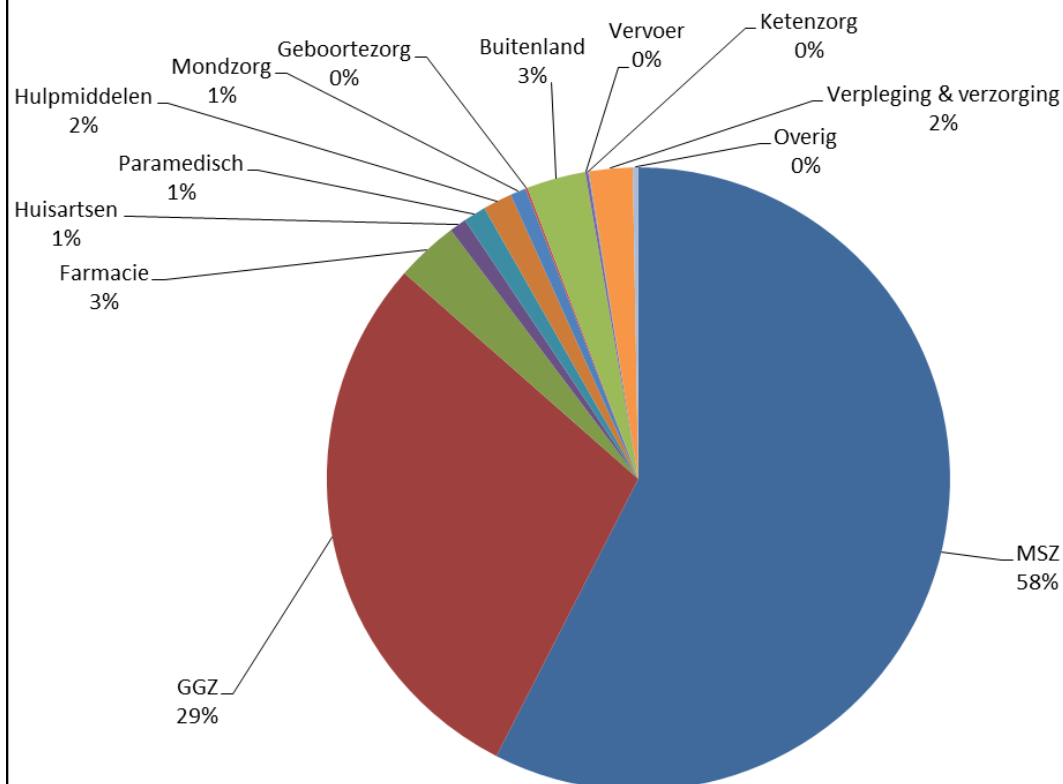
Een afgewezen declaratie betekent niet per definitie dat de declaratie nooit meer wordt betaald. Indien de declaratie was afgewezen wegens een technische fout (bijvoorbeeld veld niet gevuld) en de zorgaanbieder vult het veld alsnog en dient de declaratie opnieuw in, dan kan deze alsnog worden betaald. 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 25% 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 2016 hebben de zorgverzekeraars voor 367 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 367 miljoen is teruggevorderd.

3. Terugvordering controle achteraf per zorgsoort



In bovenstaande uitsplitsing is voor de MSZ een iets groter deel teruggevorderd dan men zou verwachten op basis van de zorgkosten. Een verklaring hiervoor is dat een aantal zorgverzekeraars het in 2016 uitgevoerde zelfonderzoek 2014 in 2016 hebben teruggevorderd. Daarnaast is voor de GGZ een aanzienlijk groter deel dan men zou verwachten op basis van de zorgkosten teruggevorderd. Een verklaring hiervoor is dat zorgverzekeraars de onterechte declaraties die zijn vastgesteld met het in 2016 uitgevoerde zelfonderzoek cGGZ 2013 hebben teruggevorderd.

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.

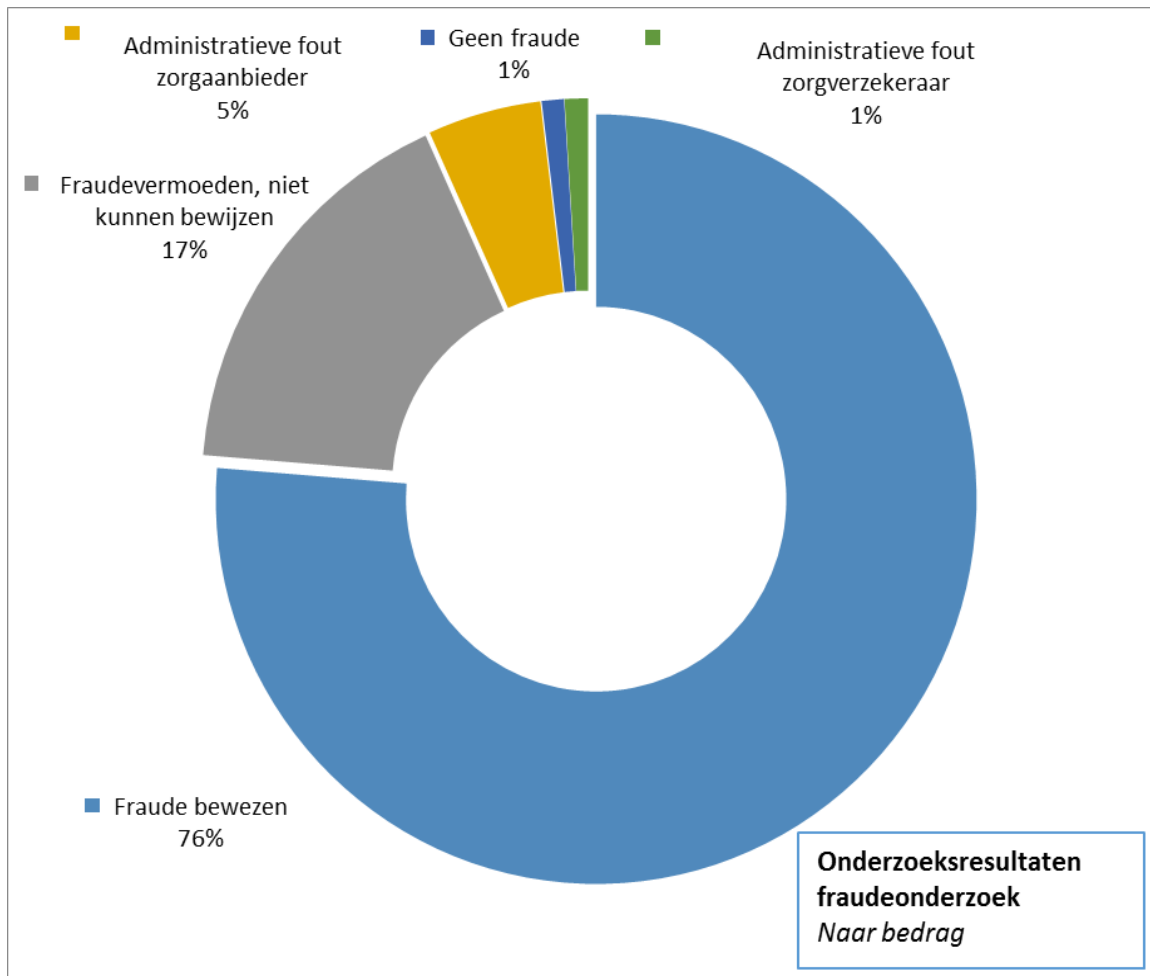
Resultaten fraudeonderzoeken 2016

In 2016 hebben zorgverzekeraars in totaal 1284 fraudeonderzoeken kunnen afsluiten. Bij het afsluiten van een onderzoek zijn zes relevante onderzoeksuitkomsten mogelijk:

- 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)
- Administratieve fout van de verzekerde
- Administratieve fout van de zorgverzekeraar

Van de 1284 afgeronde fraudeonderzoeken is het onderzoek in 44% van de gevallen (568 keer) gesloten met het onderzoeksresultaat 'geen fraude'. In 25% van de in 2016 afgeronde fraudeonderzoeken werd fraude vastgesteld (319 keer). In 17% van de gevallen kon fraude niet worden aangetoond door de zorgverzekeraar, maar bleef het vermoeden van fraude na onderzoek wel bestaan (216 keer). In 12% van de fraudeonderzoeken was sprake van een administratieve fout van de zorgaanbieder (156 keer).

In de grafiek hieronder staan de onderzoeksuitkomsten weergegeven naar *vastgesteld onterecht gedeclareerd bedrag*. In de grafiek zijn de 1284 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 gedeclareerde bedrag bij dit onderzoeksresultaat, namelijk minder dan 1% van het totale onterecht gedeclareerd bedrag dat is vastgesteld met fraudeonderzoek.



Het totaal onterecht gedeclareerd bedrag dat in 2016 met fraudeonderzoek is vastgesteld is 24,8 miljoen euro. Van dit totaal onterecht gedeclareerd bedrag is driekwart, 18,9 miljoen euro, toe te schrijven aan vastgestelde fraude en 4,2 miljoen euro is vastgesteld in onderzoeken die zijn afgesloten met een fraudevermoeden dat niet kon worden hardgemaakt. Administratieve fouten door een zorgaanbieder, waarbij geen sprake was van opzet, zijn verantwoordelijk voor 5% van het totale onterecht gedeclareerd bedrag (1,2 miljoen euro). Bij 1% van het vastgestelde onterecht gedeclareerd bedrag gaat het om een administratieve fout van een zorgverzekeraar (245.187 euro) en minder dan 1% van het totaalbedrag, 233.00 euro is toe te schrijven aan het onderzoekresultaat 'geen fraude'.

De omvang van de in 2016 en in voorgaande jaren vastgestelde onderzoeksresultaten naar onterecht gedeclareerd bedrag is als volgt:

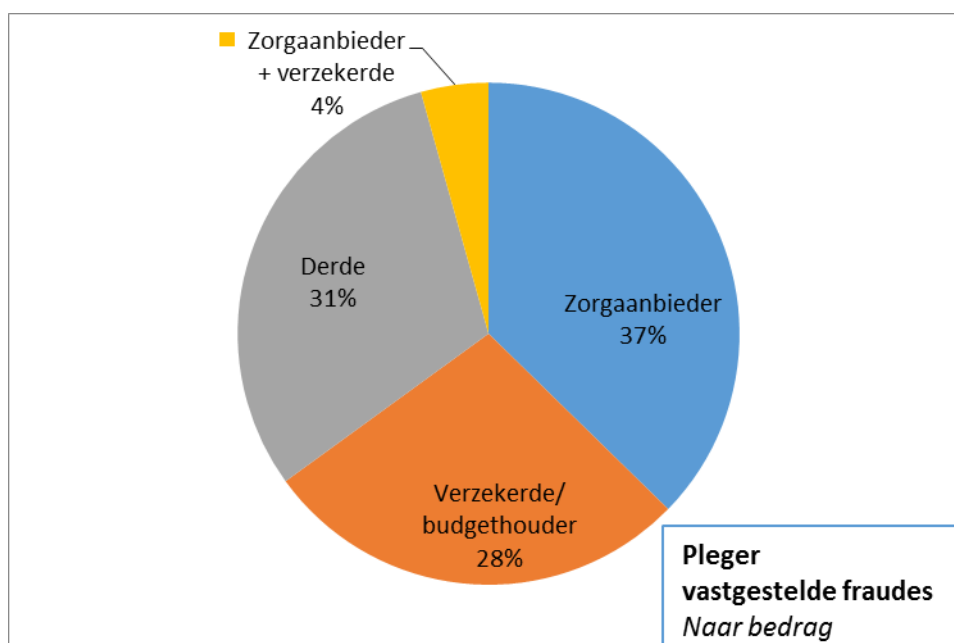
Onderzoeksresultaat	2016	2015	2014	2013
Fraude bewezen	€ 18.862.158	€ 11.117.187	€ 18.718.856	€ 9.391.083
Fraudevermoeden, niet kunnen bewijzen	€ 4.191.231	€ 5.018.265	€ 7.479.362	€ 7.625.206
Administratieve fout zorgaanbieder	€ 1.191.921	€ 2.349.577	€ 26.156.650	€ 9.952.523
Administratieve fout verzekerde/zorgverzekeraar	€ 301.205	€ 461.592	€ 56.213	€ 0,-
Geen fraude	€ 233.048	€ 1.068.250	€ 436.631	€ 281.549
Totaal	€ 24.779.564	€ 20.014.871	€ 52.847.712	€ 27.250.361

Het gemiddelde onterecht gedeclareerde bedrag per vastgestelde fraude was 59.129 euro in 2016. In voorgaande jaren bedroeg dit gemiddelde bedrag 48.974 euro (2015), 76.716 euro (2014), 36.828 euro (2013) en 27.245 euro (2012). In 2016 ligt dit bedrag dus hoger dan in de jaren 2015, 2013 en 2012 maar niet zo hoog als in het jaar 2014.

Plegers vastgestelde fraudes

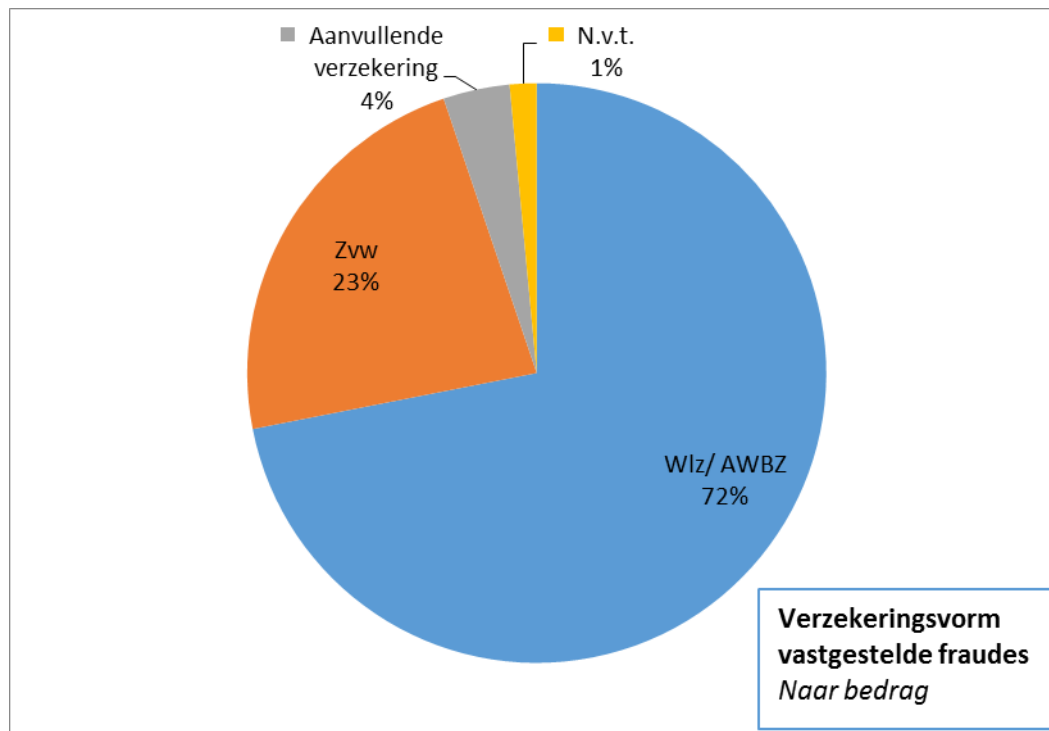
Uit de diagram hieronder blijkt dat ruim een derde van het in 2016 vastgestelde fraudebedrag is gepleegd door zorgaanbieders (37%), gevolgd door derden, zoals niet-professionele PGB-zorgverleners, bemiddelingsbureaus en leveranciers van hulpmiddelen (31%) en verzekerden/ PGB-budgethouders (28%). Zorgaanbieders en verzekerden hebben gezamenlijk voor ruim 8 ton gefraudeerd (4%).

Ten opzichte van 2015 hebben in deze verdeling naar pleger verschuivingen plaatsgevonden. In dat jaar werd 80% van het vastgestelde fraudebedrag gepleegd door zorgaanbieders, 6% door derden en 13% door verzekerden/ budgethouders.



Verzekeringsvormen vastgestelde fraudes

Zorgverzekeraars hebben fraude vastgesteld in alle verzekeringsvormen. Uit onderstaand diagram blijkt dat dit voornamelijk in de Wlz/ AWBZ was (72%), gevolgd door de Zorgverzekeringswet (23%). Ook in de Aanvullende verzekering werd fraude gepleegd (4%). In 1% van de fraude bewezen gevallen was een verzekeringsvorm onbekend of niet van toepassing.

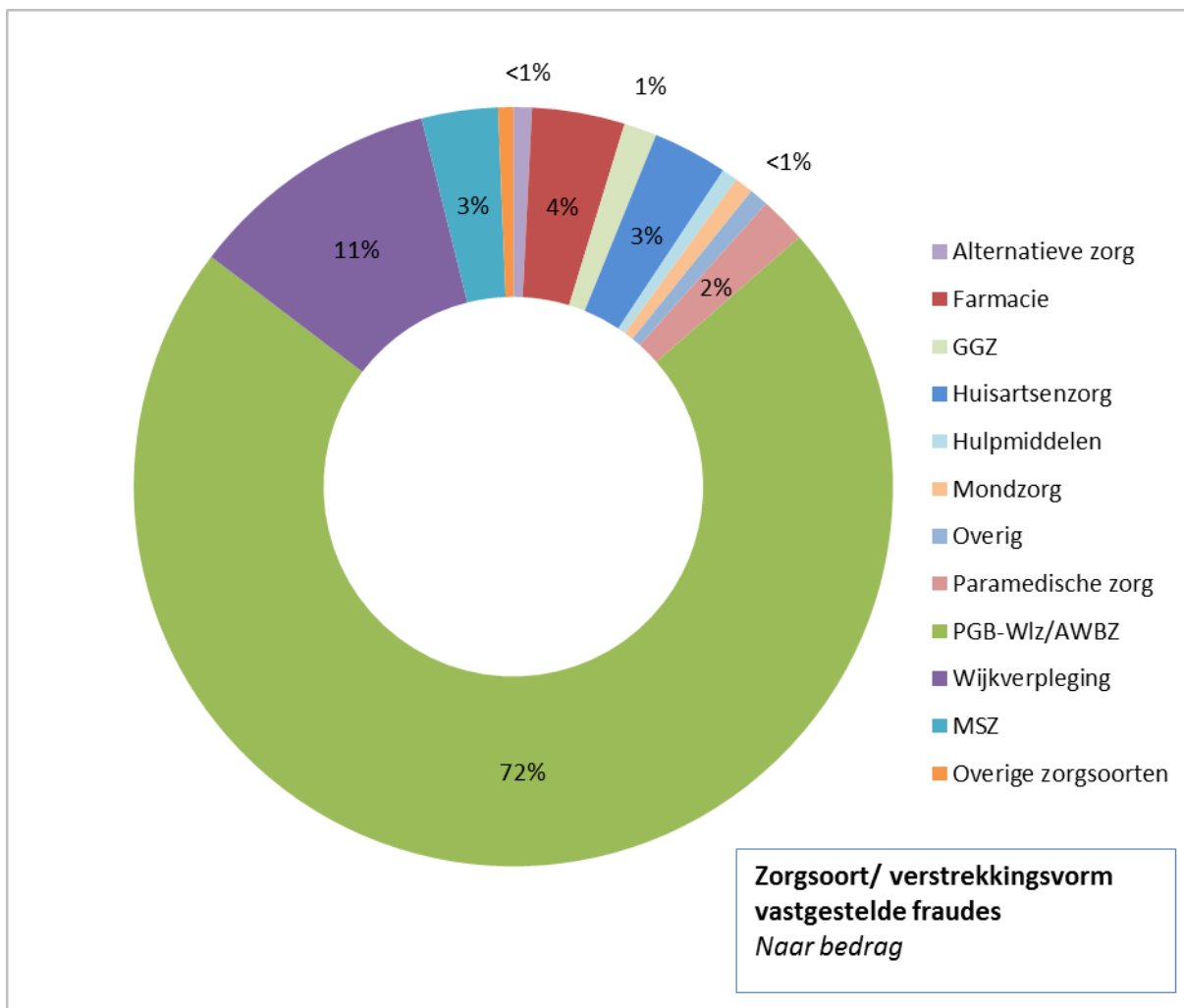


Zorgsoorten/ verstrekingsvormen vastgestelde fraudes

De fraudes hebben plaatsgevonden bij verschillende zorgsoorten³. Uit onderstaand diagram blijkt dat de vastgestelde fraudes binnen de PGB-Wlz/AWBZ regelingen 72% van het totaal in 2016 vastgestelde fraudebedrag uitmaken: 13,5 miljoen euro van totaal 18,9 miljoen euro. Dit is in lijn met voorgaande jaren. De wijkverpleging, die in eerdere jaren niet voorkwam in de uitsplitsing van het fraudebedrag naar zorgsoort, is met ruim 2 miljoen euro verantwoordelijk voor 11% van het totaal vastgestelde fraudebedrag.

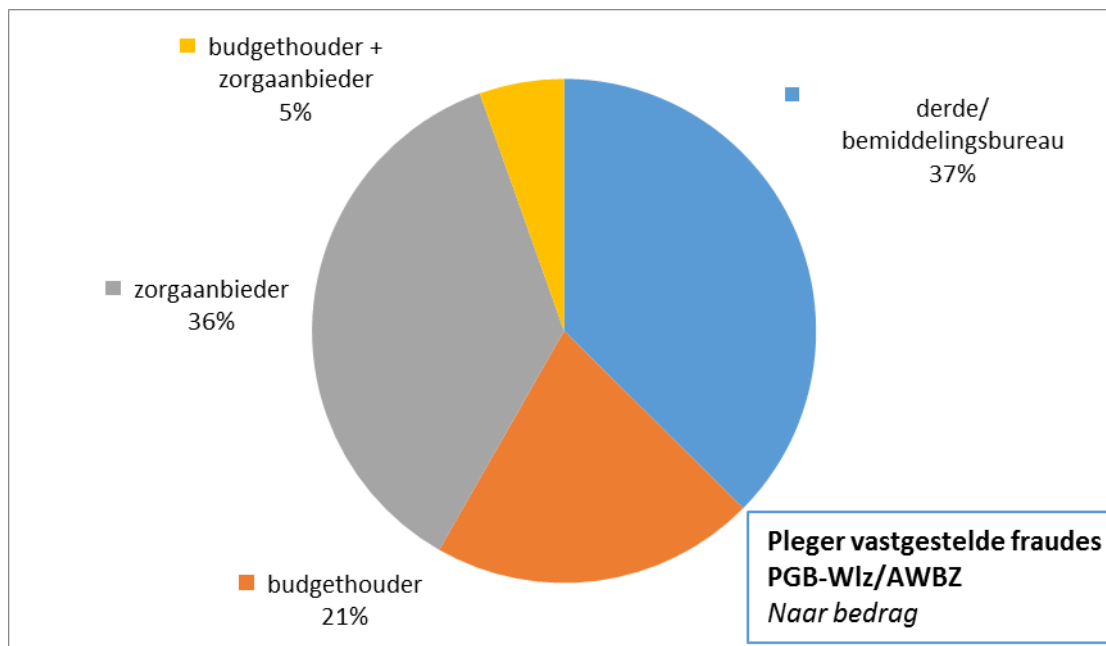
Bij de zorgsoort medisch specialistische zorg is het belangrijk om te vermelden dat slechts in twee van de 87 onderzoeken is vastgesteld dat fraude is gepleegd door een zorgaanbieder. 97% Van het vastgestelde fraudebedrag van deze zorgsoort betreft fraude gepleegd door verzekerden. Het gaat daarbij om frauduleuze nota's voor medisch specialistische zorg in het buitenland (werelddekking in de Zorgverzekeringswet).

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



Plegers vastgestelde PGB-fraudes

Vanwege de bijzondere aandacht voor fraude met de PGB-regeling zijn de plegers van PGB-fraude in de grafiek hieronder weergegeven. In 2016 werd 37% van het vastgestelde fraudebedrag met PGB-Wlz/AWBZ gepleegd door een derde of bemiddelingsbureau, 36% door zorgaanbieders, 21% door budgethouders en 5% door budgethouders en zorgaanbieders gezamenlijk. In 2015 lagen deze percentages op 6% voor derden of bemiddelingsbureaus, 86% voor zorgaanbieders en 8% voor budgethouders.



Getroffen maatregelen bij vastgestelde fraudes

Na afronding van de 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 2016:

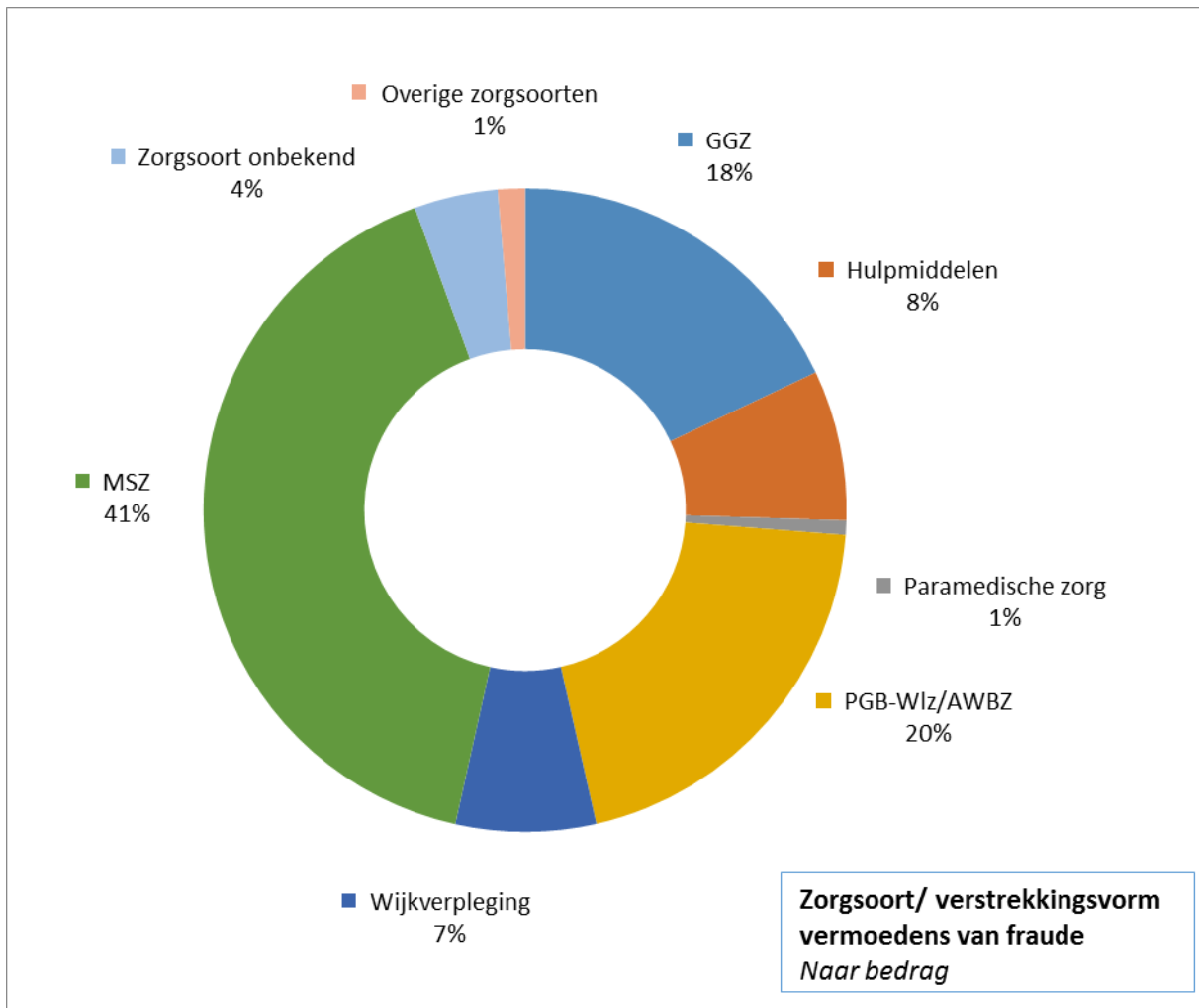
- 126 keer de verzekering(en) van de verzekerde of een contract/overeenkomst met de zorgaanbieder opgezegd
- 106 keer een natuurlijk persoon of rechtspersoon geregistreerd in het waarschuwingssysteem waarmee andere verzekeraars gewaarschuwd worden voor de fraudeur
- 71 keer een verzoek gedaan aan een 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 zelf de mogelijkheid om een tuchtklacht in te dienen bij een tuchtcollege tegen een BIG-geregistreerde zorgverlener. In 2016 hebben zeven zorgverzekeraars gezamenlijk een tuchtklacht ingediend tegen een huisarts. Deze tuchtklacht is gegrond verklaard en de inschrijving van de huisarts is doorgehaald in het BIG-register. Daarnaast heeft één zorgverzekeraar een tuchtklacht ingediend tegen een apotheker. Hiertegen heeft de apotheker hoger beroep ingediend.

Fraudevermoedens

In 2016 zijn 216 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 4,2 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 2016 werd 41% van het onterecht gedeclareerd fraudevermoeden-bedrag vastgesteld in de MSZ. 20% Van het onterecht gedeclareerd fraudevermoeden-bedrag werd vastgesteld in de PGB-Wlz/AWBZ-regeling. In 2015 lag het percentage bij deze verstrekkingvorm op 66% van het totaalbedrag bij dit onderzoeksresultaat en in 2014 op 14%. Voor de zorgsoort GGZ lag het percentage in 2016 op 18%, tegenover 9% in 2015 en 62% in 2014. Nieuw in 2016 is het aandeel van hulpmiddelen (8%) en wijkverpleging (7%). Bij onderzoeken die worden afgesloten met een fraudevermoeden wordt het onterecht uitgekeerde bedrag altijd teruggevorderd.

Administratieve fouten zorgaanbieders

In 2016 zijn 156 onderzoeken afgesloten met het onderzoeksresultaat 'administratieve fout zorgaanbieder'. In deze onderzoeken is vastgesteld dat er een fout is gemaakt met de declaratie en dat daarbij geen sprake was van opzet of bewust handelen. In 2016 ging dit om een bedrag van 1,2 miljoen euro. In het diagram hieronder is het onderzoeksresultaat 'administratieve fout zorgaanbieder' uitgesplitst naar zorgsoorten.

