

Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2020

Terugblik en rapportage

Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2020

1. Rol van de zorgverzekeraar bij zorgkosten

De missie van zorgverzekeraars is

“het realiseren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven”.

De betaalbaarheid van zorg is een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars. Deze vullen zij onder meer in door recht- en doelmatigheidscontroles uit te voeren op de honderden miljoenen declaraties die zij (voor meer dan 95% elektronisch) ontvangen van zorgaanbieders. Ook hanteren zij een actief fraudebeheersingsbeleid. Dat doen zij zowel individueel als in samenwerking met elkaar, met overheidsorganisaties en andere ketenpartners en met organisaties van patiënten, cliënten en zorgaanbieders.

2. Definitie van fraude

Zorgverzekeraars spreken van fraude als een fout opzettelijk is begaan en daarmee ook een bepaald (financieel) voordeel is verkregen. De definitie van fraude die zorgverzekeraars hanteren, omvat drie elementen:

- a. Overtreding van een regel;
- b. (Poging tot verkrijgen van) wederrechtelijk voordeel;
- c. Bewust of opzettelijk handelen.

Zorgverzekeraars doen onderzoek naar signalen van fraude die zij beoordelen als ‘onderzoekswaardig’, doordat er een vermoeden bestaat van alle drie de elementen van fraude. Zorgverzekeraars voeren deze onderzoeken uit voor zorg binnen de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en de aanvullende verzekering. Daarbij hanteren zorgverzekeraars een prioriteringsbeleid waarbij onder meer de aard, maatschappelijke impact en omvang van de zaak, de zorgsoort en uitkomsten van risicoanalyses een rol kunnen spelen.

Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2020

3. Wat doen zorgverzekeraars tegen fraude?

Zorgverzekeraars zetten een breed palet aan maatregelen in om fraude zoveel mogelijk te voorkomen en waar het zich toch voordoet, het vroegtijdig te signaleren en te onderzoeken. Hierbij volgen zorgverzekeraars de volgende stappen:

1. Preventie
2. Detectie
3. Onderzoek
4. Maatregelen
5. Leerpunten

3.1 Preventie

Preventie is waar het om draait: een fraude die niet gepleegd wordt, kan geen schade aanrichten en hoeft niet onderzocht te worden.

Voorbeelden van preventieve stappen:

- Adviseren over de fraudebestendigheid van nieuwe of aangepaste vergoedingen.
- De screening van nieuwe zorgaanbieders en adviseren over het contract als daar aanleiding voor is.
- De (door)ontwikkeling van declaratiestandaarden, zodat de zorgverzekeraar beter kan controleren op eventuele fraude.
- Als er aanleiding is, het screenen van nieuwe verzekerden.
- Via een ‘fraudetoets’ adviseren over eventuele frauderisico’s bij (nieuwe) wetsvoorstellen.

Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2020

3.2 Detectie

Het opsporen van mogelijke fraudesignalen is de voornaamste basis om fraude te kunnen constateren.

Voorbeelden van vormen van detectie:

- Uitvoeren risicoanalyses en controles op grond daarvan gericht inzetten
- Speciaal getrainde fraudecontactpersonen die werken op relevante afdelingen bij zorgverzekeraars en vroegtijdig bruikbare signalen herkennen.
- Extra screening van zorgaanbieders en declaraties binnen zorgsoorten waarin fraude de laatste jaren steeds meer toeneemt.
- Meldingen van verzekerden of zorgaanbieders ontvangen en beoordelen
- Eigen fraudevermoedens delen met collega-zorgverzekeraars

3.3 Onderzoek

Zorgverzekeraars starten per jaar honderden fraudeonderzoeken op. Hierbij hanteren zij zorgvuldige onderzoeksmethoden om zo scherp mogelijk vast te stellen wat er is gebeurd (fout of fraude?) en om de administratieve belasting en het gebruik van persoonsgegevens zoveel mogelijk te beperken.

Voorbeelden van onderzoeksmethoden:

- Statistische analyse declaratiegedrag zorgaanbieder
- Benchmark: declareert zorgaanbieder anders dan collega's?
- Zorgverloop: hebben betreffende patiënten ervoor of erna 'logische' zorg ontvangen?
- Bevragen verzekerden op hun ervaringen
- Gesprek met zorgaanbieder over declaratiepatroon
- Agendacontrole in praktijk zorgaanbieder
- Dossiercontrole (alleen in uiterst geval)

Voor de resultaten van de onderzoeken in 2020, zie onderdeel 4.

Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2020

3.4 Maatregelen

Zorgverzekeraars vorderen onjuist gedeclareerde bedragen altijd terug, ongeacht of het om fouten of fraude gaat. Na afronding van onderzoeken waarin fraude is vastgesteld, nemen zorgverzekeraars daarnaast maatregelen om de fraude te bestraffen en om fraudes in de toekomst te helpen voorkomen.

Voorbeelden van maatregelen:

- De verzekering van de verzekerde of het contract/overeenkomst van de zorgaanbieder die fraude heeft gepleegd, kan worden opgezegd.
- De zorgaanbieder, verzekerde of derde die fraude heeft gepleegd, kan worden geregistreerd in het extern verwijzingsregister. Daarmee worden andere verzekeraars gewaarschuwd voor de fraudeur.
- Het budget van een budgethouder kan worden beëindigd, waarna de budgethouder wordt bemiddeld naar een andere zorgaanbieder en/of financieringswijze.
- Zorgverzekeraars kunnen toezichthouders of opsporingsinstanties verzoeken om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht aan te pakken. Zorgverzekeraars doen een dergelijk verzoek in die gevallen dat de eigen maatregelen van de zorgverzekeraar niet afdoende zijn gezien de ernst van de gepleegde fraude.

3.5 Leerpunten

In de loop en na afloop van een onderzoek kan de zorgverzekeraar 'lessen trekken' uit de casus. Deze lessen kunnen leiden tot verschillende aanpassingen die ervoor zorgen dat de betreffende fraude zich de volgende keer niet meer op dezelfde manier kan voordoen.

Voorbeelden van leerpunten:

- In inkoopproces zorgverzekeraar aandacht hebben voor specifiek risico.
- Bij een instantie die bepaalde wetten of regels maakt, verzoeken om aanpassing zodat het frauderisico vermindert.
- Detectie van onjuistheden scherper instellen, bijvoorbeeld door extra controles toe te voegen.
- In toekomstige onderzoeken bepaalde onderzoeksmethoden (eerder) inzetten of op een andere manier met andere partijen samenwerken.

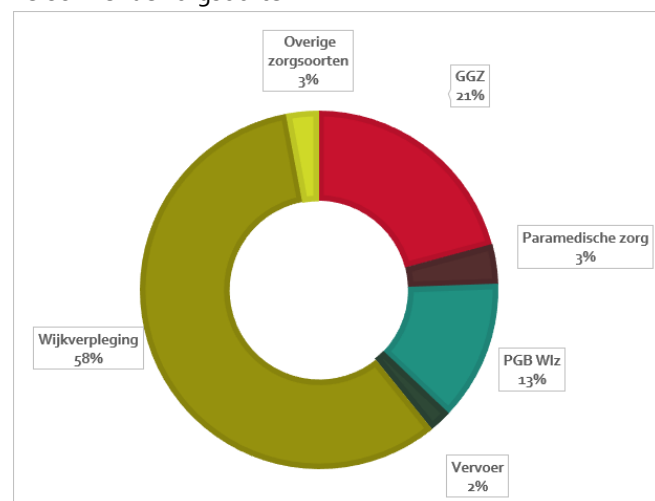
Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2020

4. Onderzoeksresultaten fraudebeheersing 2020

In het afgelopen jaar hebben zorgverzekeraars in totaal **841** fraudeonderzoeken afgerond. 87% van de geconstateerde onjuist gedeclareerde gelden betrof fraude, dit waren in totaal 297 dossiers. Onderzoeken lopen vaak over meerdere jaren, waardoor de nu afgesloten onderzoeken meestal in eerdere jaren gedetecteerd en opgestart zijn.

Onderzoeksresultaat	2020	2019	2018	2017
Fraude bewezen	€ 34.038.252,10	€ 80.286.718,38	€ 20.461.549,56	€ 27.023.174,16
Geen fraude	€ 55.292,56	€ 113.072,66	€ 1.184.851,52	€ 647.638,43
Fraude vermoeden, onvoldoende bewijs	€ 3.013.813,47	€ 7.845.850,31	€ 7.800.474,29	€ 2.767.804,29
Administratieve fout zorgaanbieder	€ 1.286.660,02	€ 2.641.832,89	€ 4.216.899,80	€ 522.609,99
Administratieve fout verzekerde en zorgverzekeraar	€ 676.310,46	€ 562.276,11	€ 76.150,55	€ 352.007,72
Totaal	€ 39.070.328,61	€ 91.449.750,35	€ 33.739.925,72	€ 31.313.235

De 34 miljoen aan vastgestelde fraude is als volgt verdeeld over de verschillende zorgsoorten:

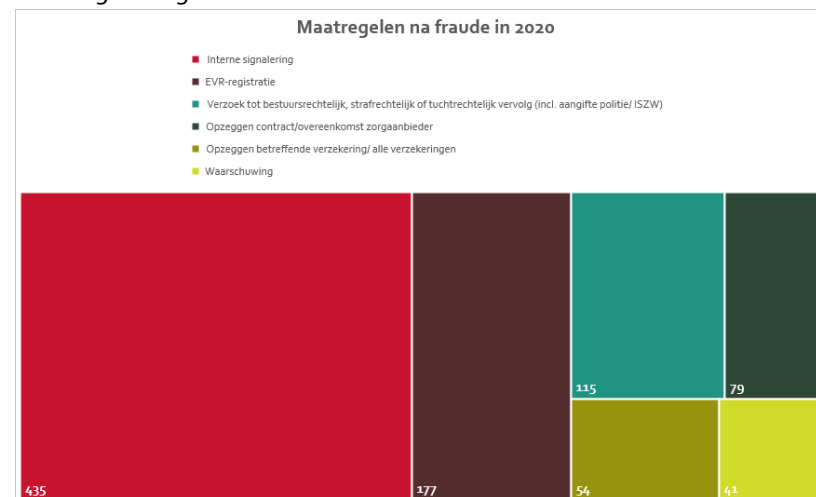


Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2020

De meeste vastgestelde fraude is in 2020 dus aangetroffen in de sectoren:

- 1 Wijkverpleging (€ 19,7 miljoen)
- 2 GGZ (€ 7,1 miljoen)
- 3 PGB Wlz (€ 4,3 miljoen)

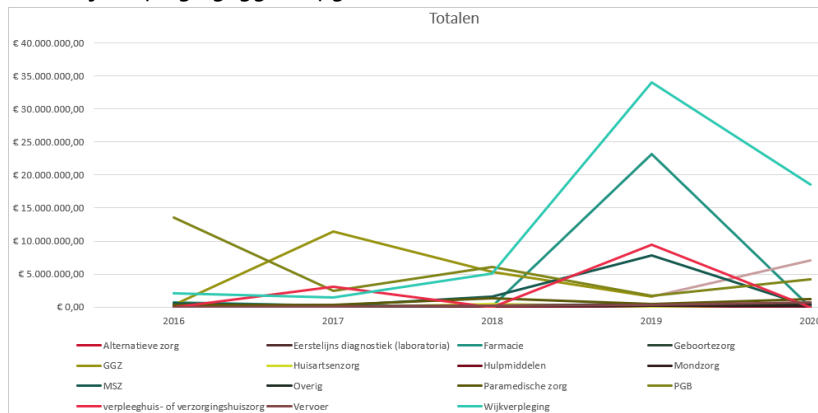
Na de vastgestelde fraudes hebben zorgverzekeraars in 2020 de volgende maatregelen* genomen:



*In geval van fraude is het mogelijk om per casus meerdere maatregelen te nemen, bijvoorbeeld zowel de betrokken rechtspersoon als eventueel (soms meerdere) natuurlijke personen te registreren. Om die reden kan het aantal maatregelen hoger zijn dan het aantal vastgestelde fraudes.

5. Analyse zorgverzekeraars

- Er blijft een sterke wisseling plaatsvinden tussen de verschillende 'zorgsoorten' als het gaat om hun aandeel in de geconstateerde fraudezaken. Bijvoorbeeld in 2019 zagen we een extreem hoog resultaat vanuit de farmacie, dat werd veroorzaakt door een klein aantal erg omvangrijke zaken. In 2020 matcht de 'top 3' beter met de sectoren waar zorgverzekeraars structureel verhoogde frauderisico's zien: wijkverpleging, ggz en pgb:



- Veel zaken in de wijkverpleging komen direct voort uit meldingen die de zorgverzekeraar ontvangt.
- Het aandeel ongecontracteerde zorgaanbieders is groot bij de fraudeonderzoeken in vooral de wijkverpleging. De schaduwkant van de politiek bepaalde keuzevrijheid is dat er minder controle mogelijk is en er een groter risico ontstaat op lagere kwaliteit en op fraude.
- Het grote aandeel van de GGZ komt mede doordat zorgverzekeraars in een vroeger stadium detecteren of er iets misgaat. De lange declaratietermijn van de DBC's is een beperkende factor, we verwachten dat het nieuwe zorgprestatie model dit punt oplost.
- De onderzoeken zijn steeds complexer en worden vaker juridisch betwist. Hierdoor is de doorlooptijd steeds langer.
- Verzekeraars proberen waar mogelijk zelf te sanctioneren (civielrechtelijk) maar daar waar de fraude ernstiger is dienen zij een verzoek tot vervolging in. Ervaring leert wel dat vooral bestuurs- en

strafrecht een lange doorlooptijd kent met onzekere uitkomsten, terwijl situaties bekend zijn waarin betrokkenen ondertussen onder andere naam een doorstart hebben gemaakt. Bovendien blijft de capaciteit van het strafrecht beperkt, waardoor maar weinig zaken hiervoor in aanmerking komen. Het tuchtrecht tot slot kent wel een snellere doorlooptijd maar is niet in alle fraudegevallen toe te passen.

Bijlage Observaties zorgverzekeraars

Wijkverpleging, met en zonder machtiging

In de wijkverpleging wordt sinds enige tijd gewerkt met een machtigingsvereiste. Een deel van de in 2020 afgesloten onderzoeken stamt nog uit de tijd daarvoor. Inmiddels hebben zorgverzekeraars ook ervaring opgedaan met fraudeonderzoeken naar nieuwere zaken. Het volgende valt op:

- Zodra een machtiging gevraagd wordt, verandert 'de zorgvraag': zorg is ofwel plotseling niet meer nodig, ofwel men gaat over naar een ander domein, ofwel de zorguren gaan drastisch naar beneden.
- Is er eenmaal een machtiging verstrekt, dan lijkt de inhoud vaak op orde, de aanbieder blijft dan bijvoorbeeld binnen de gemachtigde uren. Komt zo'n zaak alsnog in onderzoek, dan blijkt nog wel eens dat indicatiestellers opplussen, aanbieders gebruik maken van 'stempelindicatiestellers', er bij verzekerden sprake is van samenspanning/taalachterstand/gebrek aan kennis van de regels, etc. Deze situaties herkent een zorgverzekeraar helaas niet altijd aan de voorkant bij een reguliere beoordeling.

Succesvolle samenwerking

- In de jaren 2019 en 2020 is een succesvolle samenwerking opgezet rondom een specifieke casus. Zorgverzekeraars deden onderzoek en stopten betalingen, NZa deed onderzoek en aangifte bij het OM en IGJ gelastte de aanbieder de zorg stop te zetten en over te dragen.
- De ervaringen met informatie-uitwisseling tussen instanties was wel aanleiding om in een werkgroep te onderzoeken of dit in de toekomst beter kan.

Recente ontwikkeling: huidtherapie

Zorgverzekeraars zien recenter meer vormen van samenspanning tussen zorgaanbieders en verzekerden als het gaat om huidtherapie. Hier besteden ze dus extra aandacht aan bij controle en onderzoek.

2022: toetreding zorgaanbieders

In 2022 treedt de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking. Met deze wet moeten nieuwe zorgaanbieders zich onder meer melden bij het CIBG zodat zij op het gebied van kwaliteit beter gemonitord kunnen worden. Een deel van de aanbieders moet vooraf een vergunning aanvragen om zorg te mogen verlenen, waarbij ook de administratie en kennis van de regels om correct te declareren een rol spelen. Zorgverzekeraars hopen van harte dat de nadere regelgeving rondom de Wtza zo wordt ingericht dat deze een effectieve drempel vormt voor de malafide, veelal kleine zorgorganisaties die zij in de zorg aantreffen.