

# Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021



# Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021

Terugblik en rapportage

## # Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021

### 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”.

Het betaalbaar houden van de 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 2021

### 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: te voorkomen dat fraude gepleegd wordt zodat er minder geld verloren gaat en minder onderzoek nodig is.

Voorbeelden van preventieve stappen:

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

#### 3.2 Detectie

Het opsporen van mogelijke fraudesignalen is, in combinatie met het onderzoeken, de voornaamste basis om fraude te kunnen constateren.

Voorbeelden van vormen van detectie:

- Speciaal getrainde fraudecontactpersonen die werken op relevante afdelingen bij zorgverzekeraars en vroegtijdig bruikbare signalen herkennen.
- Bij eerste vermoedens van fraude of onjuist declaratie- of indicati gedrag de betalingen stoppen en waar nodig verzekerden bemiddelen naar andere zorgverleners en beslag leggen.
- Extra screening van zorgaanbieders en declaraties binnen zorgsoorten waarin fraude de laatste jaren steeds meer toeneemt.
- Meldingen van verzekerden of collega-zorgaanbieders

## # Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021

### 3.3 Onderzoek

Zorgverzekeraars starten ieder 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)

Cijfers over de resultaten van de onderzoeken in 2021 staan beschreven in paragraaf 4.

### 3.4 Maatregelen

Uitgangspunt is dat zorgverzekeraars alle onjuist gedeclareerde bedragen altijd terugvorderen, 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 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.
- 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.

## # Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021

### 3.5 Leerpunten

Tijdens 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 2021

### 4. Onderzoeksresultaten fraudebeheersing 2021

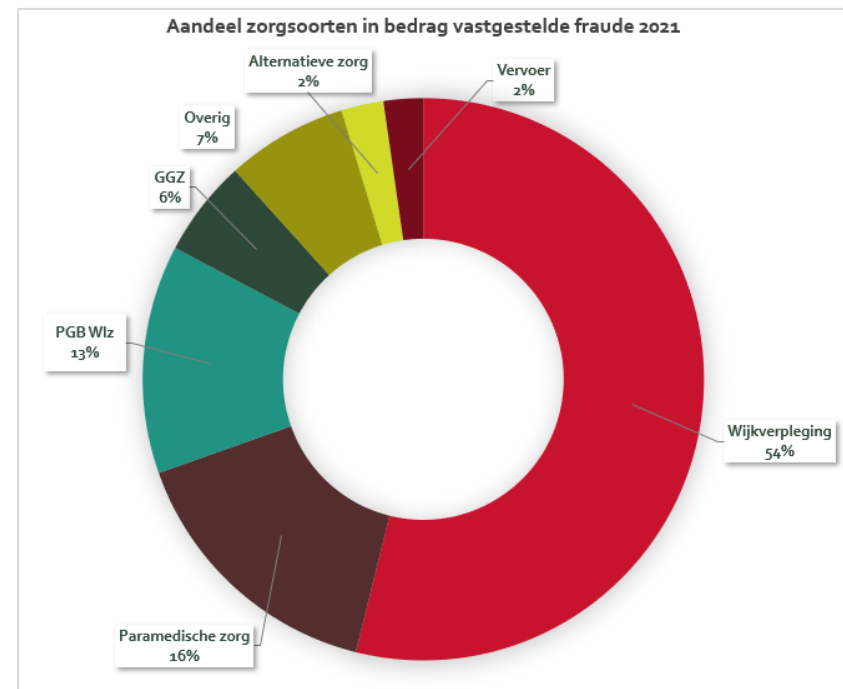
In het afgelopen jaar hebben zorgverzekeraars in totaal **1053** fraudeonderzoeken afgerond. Zo'n 60% van de geconstateerde onjuist gedeclareerde gelden betrof fraude, dit waren in totaal 649 dossiers. Onderzoeken lopen vaak over meerdere jaren, waardoor de nu afgesloten onderzoeken meestal in eerdere jaren gedetecteerd en opgestart zijn.

Onderzoeksresultaat	2021	2020	2019	2018
Fraude bewezen	€ 17.271.853	€ 34.038.252	€ 80.286.718	€ 20.461.550
Geen fraude	€ 500.203	€ 55.293	€ 113.073	€ 1.184.852
Fraude vermoeden, onvoldoende bewijs	€ 5.907.159	€ 3.013.813	€ 7.845.850	€ 7.800.474
Administratieve fout zorgaanbieder	€ 5.685.657	€ 1.286.660	€ 2.641.833	€ 4.216.900
Administratieve fout verzekerde en zorgverzekeraar	€ 490.398	€ 676.310	€ 562.276	€ 76.151
Totaal	€ 29.855.270	€ 39.070.329	€ 91.449.750	€ 33.739.926

Veruit de beste resultaten behalen zorgverzekeraars met het voorkomen van schade, bijvoorbeeld door frauduleus declaratiegedrag vroegtijdig een halt toe te roepen. Deze resultaten laten zich echter lastig uitdrukken in financiële resultaten, mede doordat alleen de daadwerkelijk tegengehouden declaraties (wel ingediend, niet uitbetaald) gemeten kunnen worden. In veel gevallen blijven als gevolg hiervan vervolgdeclaraties uit. Deze -voorkomen- schade is niet zichtbaar in de financiële resultaten.

## # Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021

De iets meer dan € 17 miljoen aan vastgestelde fraude is als volgt verdeeld over de verschillende zorgsoorten:

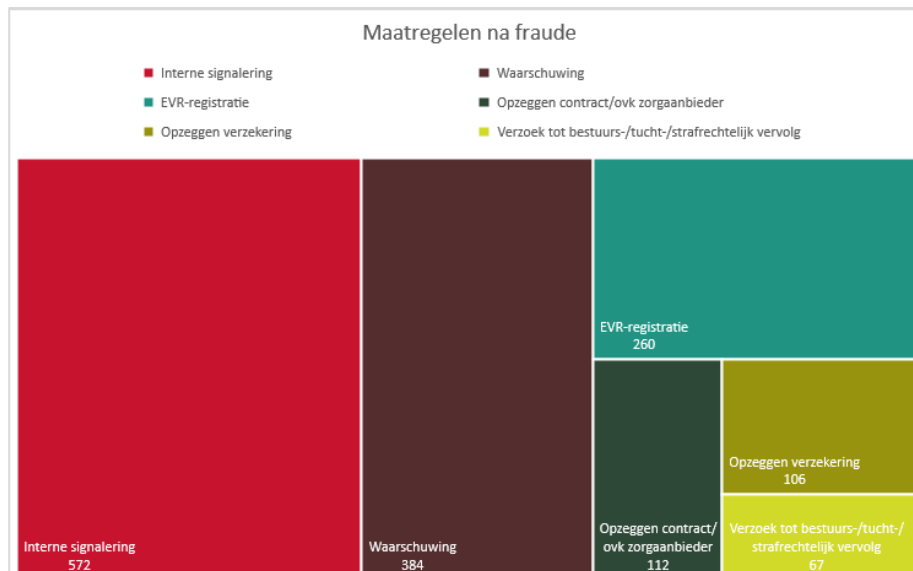


De meeste vastgestelde fraude is in 2021 dus aangetroffen in de sectoren:

- 1 Wijkverpleging (€ 9,3 miljoen)
- 2 Paramedische zorg (€ 2,7 miljoen)
- 3 PGB Wlz (€ 2,2 miljoen)

## # Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021

Na de vastgestelde fraudes hebben zorgverzekeraars in 2021 de volgende maatregelen genomen:



## # Fraudebeheersing zorgverzekeraars in 2021

### 5. Analyse zorgverzekeraars

Het bedrag 'vastgestelde fraude' lag in 2021 een stuk lager dan in de jaren ervoor, terwijl het aantal afgeronde onderzoeken juist hoger was. Hiervoor zien zorgverzekeraars de volgende oorzaken:

- De onderzoeken zijn steeds complexer en worden vaker juridisch betwist. Hierdoor worden onderzochte bedragen in onderzoeken minder vaak gekoppeld aan de eindconclusie 'Fraude bewezen'. In plaats daarvan zijn de bedragen met de onderzoeksresultaten 'Fraudevermoeden, onvoldoende bewijs' of 'Administratieve fout zorgaanbieder' toegenomen.
- Deze verschuiving in onderzoeksresultaten heeft ook te maken met de coronamaatregelen, al waren deze in 2020 ook al deels actief:
  - Verschillende onderzoeksstappen, zoals praktijkbezoeken, waren lastig of niet uit te voeren.
  - Zorgaanbieders werden in deze periode ontzien door minder (intensieve) controles en onderzoeken uit te voeren.

In het algemeen komt de meeste geconstateerde fraude uit de sector wijkverpleging. Hier zien zorgverzekeraars het volgende:

- De meeste onderzoeken in de wijkverpleging hebben betrekking op ongecontracteerde zorg. Hier merken zorgverzekeraars de schaduwkant van de nagenoeg drempelloze toetreding van nieuwe zorgaanbieders: door de eenvoud waarmee mensen een zorgbedrijf kunnen starten, is er sprake van veel verschillende, nieuwe aanbieders (die soms ook afkomstig zijn uit hele andere sectoren zoals de taxibranche of horeca). Hier zien zorgverzekeraars een groter risico is op fraude en lagere kwaliteit van zorg. Deze situaties komen bovendien moeilijk boven water omdat het vaak om kwetsbare patiëntengroepen gaat (bijvoorbeeld ouderen, mensen die de taal niet goed machtig zijn) die niet snel aan de bel trekken.
- Zorgverzekeraars hopen dat de nieuwe wetgeving Wtza, Wbsrz en Wibz een effectieve drempel gaat opwerpen tegen malafide bestuurders en aanbieders.