

# Risico's op misbruik in Ziekenfondswet en AWBZ

Maart 2003

**Uitgave**

College van toezicht op de zorgverzekeringen  
Postbus 459  
1180 AL Amstelveen  
Telefoon (020) 34 75 748  
Fax (020) 34 75 766  
E-mail [info@ctz.nl](mailto:info@ctz.nl)  
Internet [www.ctz.nl](http://www.ctz.nl)

**Auteurs**

Ben Degenhart, Eitel Homan en Anneke van Zoest



<b>Bestuurlijke samenvatting van de conclusies en aanbevelingen</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Inleiding</b> .....	<b>12</b>
1.1. Inleiding.....	12
1.2. Aanleiding voor het verzoek en opdrachtomschrijving.....	12
1.3. Reikwijdte en aandachtsgebieden van de risicoanalyse.....	13
1.3.1. Beperking risicoanalyse tot misbruik.....	13
1.3.2 Beperking risicoanalyse tot huidige situatie .....	14
1.3.3 Reikwijdte conclusies over omvang fraude.....	14
1.3.4. Onderzoeksvragen.....	15
1.3 Opbouw van de rapportage .....	15
<b>2 Opzet en aanpak risicoanalyse</b> .....	<b>17</b>
2.1. Inleiding .....	17
2.2 Opzet risicoanalyse.....	17
2.3 Stap 1: Inventarisatie mogelijkheden tot misbruik .....	17
2.4 Stap 2: Beschrijving beheersingsmaatregelen in het stelsel .....	18
2.4.1 Naturastelsel.....	19
2.4.3 Toezicht op uitvoering ZFW en AWBZ.....	21
2.5 Stap 3: Aangeven knelpunten in de uitvoering.....	22
2.6 Stap 4: Identificatie risico's die aandacht behoeven.....	22
2.7 Aanpak risicoanalyse.....	24
<b>3 Risicoanalyse misbruik Ziekenfondswet</b> .....	<b>25</b>
3.1 Inleiding .....	25
3.2 Kenmerken systeem ZFW.....	25
3.3 Misbruik ZFW door verzekerden.....	31
3.4 Misbruik ZFW door zorgaanbieders.....	34
3.4.1 Risicoanalyse misbruik ZFW zorgaanbieders op algemeen niveau.....	34
3.4.2 Risicoanalyse misbruik ZFW zorgaanbieders per verstrekking.....	36
3.5 Misbruik ZFW door ziekenfondsen .....	39
3.6 Misbruik ZFW door concerns .....	39
3.7 Risicoanalyse misbruik ZFW door employees.....	40
<b>4 Risicoanalyse misbruik AWBZ</b> .....	<b>43</b>
4.1 Inleiding .....	43
4.2 Kenmerken systeem AWBZ .....	43
4.3 Misbruik AWBZ door verzekerden .....	44
4.4 Misbruik AWBZ door zorgaanbieders .....	45
4.4.1 Misbruik AWBZ door zorgaanbieders op algemeen niveau.....	45
4.4.2 Misbruik AWBZ door zorgaanbieders per zorgaanspraak .....	47
4.5 Misbruik AWBZ door uitvoerders AWBZ .....	48
4.6 Misbruik AWBZ door concerns.....	48
4.7 Misbruik AWBZ door employees .....	48

<b>Bijlage 1: Brief minister aan het CTZ dd. 14 februari 2003 .....</b>	<b>53</b>
<b>Bijlage 2: Tabel 'Mogelijkheden misbruik publiekrechtelijke zorgverzekeringen' .....</b>	<b>58</b>
<b>Bijlage 3: Ontwikkelingen in het M&amp;O-beleid.....</b>	<b>60</b>
<b>Bijlage 4: Tabellen risicoanalyse misbruik in de ZFW .....</b>	<b>62</b>
<b>Bijlage 5: Risicoanalyse misbruik in de AWBZ .....</b>	<b>70</b>





## Bestuurlijke samenvatting van de conclusies en aanbevelingen

Op verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) <sup>1</sup> heeft het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) een risicoanalyse opgesteld over de mogelijkheden tot misbruik in de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Misbruik is daarbij door het CTZ gedefinieerd als *'het bewust handelen in strijd met wet- en regelgeving met het doel hierbij (ten onrechte) uitgaven voor verstrekkingen en/of beheer ten laste van de wettelijke middelen te brengen, minder te betalen ten bate van de wettelijke middelen of extra inkomsten te ontvangen uit de wettelijke middelen'*.

De risicoanalyse is opgesteld binnen een beperkte tijd en op basis van bestaande gegevens, slechts aangevuld met een aantal gesprekken met sleutelpersonen. De rapportage bevat geen conclusies over de omvang van misbruik in de publiekrechtelijke zorgverzekeringen. Harde indicaties daarover bleken niet voorhanden. De bedragen die in deze rapportage wel worden genoemd, hebben dus geen betrekking op geconstateerd misbruik. Ze betreffen (een inschatting van) de omvang van de geldstromen waarbij mogelijkheden tot misbruik aanwezig zijn. Het CTZ is vervolgens nagegaan in hoeverre die mogelijkheden, via de beheersingsmaatregelen in het huidige stelsel, al dan niet voldoende zijn ingedamd.

In de risicoanalyse is eerst geïnventariseerd in hoeverre er mogelijkheden tot misbruik zijn in de ZFW en de AWBZ. Daarbij gaat het om mogelijk misbruik door verzekerden, zorgaanbieders, ziekenfondsen (ZFW) of zorgkantoren (AWBZ), de employees van deze organisaties of het concernverband waarbinnen zij werkzaam zijn. Vervolgens is nagegaan welke beheersingsmaatregelen in het huidige stelsel zijn ingebouwd die daadwerkelijk misbruik kunnen voorkomen of tegengaan. Bezien is welke knelpunten er zijn bij de (uitvoering van) de beheersingsmaatregelen en welke 'gaten' er in het systeem zitten waardoor bepaalde risico's onvoldoende worden beheerst. Op basis van een weging van vijf factoren heeft het CTZ vervolgens conclusies getrokken over de risico's waarvoor bijzondere aandacht nodig is (buiten de aandacht die binnen het bestaande stelsel al aanwezig is en blijft ter voorkoming en bestrijding van misbruik). Deze factoren betreffen de risicogevoeligheid op grond van de aard van de verstrekking, de bekostigingssystematiek, de omvang van de kosten van de verstrekking, de omvang van kosten die niet onder een specifieke (risicobeperkende) kostensystematiek vallen en de inzet van beheersingsmaatregelen.<sup>2</sup>

Op basis van de risicoanalyse concludeert het CTZ dat mogelijkheden tot misbruik in grote delen van de ZFW en AWBZ slechts in beperkte mate aanwezig zijn. Voor die delen geldt bovendien dat de risico's grotendeels adequaat worden beheerst. Via de beheersingsmaatregelen in het huidige stelsel zijn de mogelijkheden in dat deel dus redelijk goed

---

<sup>1</sup> Brief van 14 februari 2003 van de minister van VWS aan de voorzitter van het CTZ, kenmerk Z/VU-2358280 (zie bijlage 1).

<sup>2</sup> Overigens is de beschrijving van de mogelijkheden en de 'restrisico's' enigszins abstract gehouden, dit om de omvang van de analyse te kunnen beperken, maar ook om te voorkomen dat de rapportage kan worden gehanteerd als een 'handboek misbruik'.

'ingedamd' en is het 'restrisico' beperkt te noemen. Deze conclusie geldt voor die delen in de ZFW en de AWBZ waar sprake is van de volgende kenmerken<sup>3</sup>:

1. Het naturastelsel in de ZFW en de AWBZ beperkt de mogelijkheden voor verzekerden om misbruik te plegen aanzienlijk. In een naturastelsel declareren verzekerden immers niet zelf hun nota's bij hun verzekeraar, maar worden de kosten voor verleende zorg rechtstreeks verrekend tussen ziekenfonds of zorgkantoor en de zorgaanbieder. Dit voorkomt dat verzekerden kunnen 'knoeien' met nota's.
2. Inherent aan het naturastelsel is wel dat de declaraties in principe lopen via de zorgaanbieder en dat daar dan ook mogelijkheden tot misbruik liggen. De mogelijkheden voor de diverse zorgaanbieders om misbruik te plegen worden echter aanmerkelijk beperkt in die delen van de in de ZFW en de AWBZ waar de bekostiging (in hoofdzaak) is geregeld via één of andere vorm van budgettering (instellingenbudgettering, lumpsum, abonnemententarieven, zittingentarieven, et cetera). Waar dergelijke bekostigingssystemen worden gehanteerd, beperkt dit het financieel belang en dus de prikkel tot misbruik voor aanbieders.
3. De mogelijkheden tot misbruik worden verder beperkt door andere beheersingsmaatregelen in het stelsel van de publiekrechtelijke zorgverzekeringen. In dit stelsel zijn de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen AWBZ/zorgkantoren verantwoordelijk voor de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de ZFW respectievelijk de AWBZ. Zij moeten misbruik voorkomen en/of aanpakken via hun contracteerbeleid, de controle op declaraties van aanbieders (en voor zover daarvan sprake is, declaraties van verzekerden) en hun beleid ter bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O-beleid).
4. Het CTZ is ingesteld als onafhankelijke toezichthouder op de uitvoering van de ZFW en de AWBZ door de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ/zorgkantoren. Het CTZ bewaakt of deze instanties hun bovengenoemde verantwoordelijkheid goed invullen en of zij zelf, hun employees of het concernverband waarbinnen zij werken geen misbruik maken. Naast het toezicht door het CTZ op de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ/zorgkantoren, is de FIOD/ECD aangewezen als toezichthouder op de naleving van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) door alle zorgaanbieders die vallen onder de reikwijdte van de WTG. Het CTZ verwijst op dit punt naar de rapportage van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en de FIOD-ECD over de zorgfraude.

Voor de resterende onderdelen van de ZFW en de AWBZ, waar bovengenoemde kenmerken niet of in mindere mate gelden, onderkent het CTZ wel degelijk 'restrisico's' waarvoor bijzondere aandacht nodig is. In het onderstaande worden die kort opgesomd, gevolgd door de aanbevelingen van het CTZ.

- *Misbruik ZFW via ziekenfondspas door (niet-) verzekerden*, waardoor ten onrechte zorg wordt ontvangen door een niet-verzekerde. Het CTZ verwijst op dit punt naar de aanbeveling in de uitvoeringstoets van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)<sup>4</sup> om

---

<sup>3</sup> In de rapportage worden deze gronden, alsmede de gebruikte begrippen, uiteraard uitgebreid toegelicht. Hier is volstaan met een korte opsomming.

<sup>4</sup> CVZ-uitvoeringstoets 'Fraude in de zorg', maart 2003.



een verzekeringspas in te voeren, die identificatie op het moment van zorggebruik mogelijk maakt.

- *Misbruik ZFW verzekerden bij declaratie zorg in buitenland.* Ook voor zorg in het buitenland geldt in principe het naturastelsel, waarbij de mogelijkheden tot misbruik door verzekerden beperkt zijn. Risico's op misbruik zijn daar aanwezig waar de procedures niet worden gehanteerd. In 2001 gaat het om € 15 miljoen aan gedeclareerde kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland die door verzekerden zelf zijn betaald. Welk deel van deze € 15 miljoen als misbruik moet worden aangemerkt, is niet bekend. Opgemerkt kan worden dat ziekenfondsen bij de verwerking van deze declaraties meer dan gemiddelde aandacht hebben. Het is de vraag hoe een kosten-batenafweging van eventuele extra *generieke* beheersingsmaatregelen uitvalt en hoe zo'n maatregel dan vorm moet krijgen. Zeker ook als rekening gehouden wordt met de versnippering over de diverse verdragslanden. Het ligt meer voor de hand om op basis van een gerichte risicoanalyse en/of op basis van signalen zonedig specifieke maatregelen te treffen, waarbij ook aandacht moet worden besteed aan de sanctiemogelijkheden.
- *Misbruik ZFW door aanbieders* kan optreden in die situaties waarin er wel mogelijkheden zijn om (buiten het eventuele budgetbekostigingssysteem om aanvullende) individuele prestaties of verrichtingen te declareren. In de ZFW is een aantal beheersingsmaatregelen in de vorm van controles door het ziekenfonds aanwezig. Het CTZ houdt toezicht op de uitvoering van deze controles. Het CTZ heeft geconstateerd dat vooral de uitvoering van de zo genoemde materiële controles (controle op daadwerkelijke levering van de gedeclareerde zorg) in de praktijk verbeterd moet worden. Ziekenfondsen besteden inmiddels meer aandacht aan materiële controles. Het CTZ beveelt aan de uitkomsten van deze ontwikkeling af te wachten en op basis van de geboekte resultaten te bezien of aanvullende (toezicht-) maatregelen nodig zijn. Daarbij moeten de in te zetten beheersingsmaatregelen (waaronder de materiële controles) in verhouding staan tot de mogelijkheden tot misbruik, mede gelet op de aard van de verstrekking en de omvang van de geldstroom waarbij misbruik mogelijk is.

Op grond van zijn analyse per verstrekking komt het CTZ tot de conclusie dat vooral de verstrekkingen tandheelkundige hulp, paramedische hulp, ziekenvervoer (met uitzondering van het ambulancevervoer), farmaceutische hulp en hulpmiddelen bijzondere aandacht verdienen. Overigens zijn deze aandachtsgebieden grosso modo in lijn met de verstrekkingen die bij ziekenfondsen hoog op de 'controleagenda' staan. Voor het uitvoeren van materiële controles moeten deze verstrekkingen nadrukkelijk aan de orde komen. Dit wil overigens niet zeggen dat andere verstrekkingen compleet buiten beeld kunnen blijven. Zo kunnen andere redenen, bijvoorbeeld een algemeen ongenoegen over de hoogte van de vergoedingen, reden voor bijzondere aandacht zijn. Er zij opgemerkt dat geen gegevens beschikbaar zijn om een onderbouwde schatting te maken van de bedragen, die met misbruik zijn gemoeid.

- *Misbruik AWBZ door aanbieders.* Binnen de AWBZ verdient vooral de verstrekking thuiszorg bijzondere aandacht, gelet op de aard van de verstrekking, het bekostigings-

systeem (open einde-financiering) en de omvang van de geldstroom. Gebrekkige informatieverschaffing door de thuiszorginstelling maakt dat het zorgkantoor onvoldoende kan beoordelen of alle gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Het CTZ heeft overigens geen aanwijzingen dat thuiszorginstellingen ook daadwerkelijk misbruik plegen. Het CTZ beveelt aan dat de informatieverschaffing fundamenteel wordt gezien en aangepast aan de controle mogelijkheden, die een zorgkantoor moet hebben.

Ziekenfondsen moeten ook activiteiten ontwikkelen in het kader van een geïntegreerd beleid ter bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik ('M&O-beleid'). Het CTZ heeft in zijn verslaglegging herhaaldelijk geconstateerd dat momenteel geen sprake is van een systematisch en gestructureerd anti-misbruikbeleid. Er worden weliswaar veel activiteiten ontplooid, maar een en ander is nog versnipperd. Hoewel er de laatste jaren een tendens naar een structureel en systematisch beleid is te onderkennen, moet toch worden geconstateerd dat er over de hele linie nog ruimte is voor verbetering. Dat geldt niet alleen voor de opzet van het beleid, maar ook voor de uitvoering ervan. Dit vormt een punt van aandacht in het toezicht door het CTZ. Het CTZ hecht eraan te benadrukken dat het aantonen van misbruik niet eenvoudig is. Ook is aandacht nodig voor de sanctiemogelijkheden die ziekenfondsen en zorgkantoren ter beschikking staan wanneer zij misbruik constateren, zowel richting verzekerden als richting zorgaanbieders.

Tot slot vraagt het CTZ aandacht voor het aspect misbruikgevoeligheid bij de invoering van nieuwe wet- en regelgeving of de wijziging van bekostigingssystemen. Wanneer – op basis van een bredere afweging – wordt gekozen voor een systeem van prestatiebekostiging of outputfinanciering ('boter bij de vis'), moet daarbij worden bedacht dat dit een vervanging betekent van een uit het oogpunt van misbruikmogelijkheden relatief risicoloos (budget-) systeem door een veel risicovoller systeem. De aanbieder krijgt dan immers meer mogelijkheden en ook meer belang bij misbruik. Daarmee is niet gezegd, dat er niet voor dergelijke (aanvullende) bekostigingssystemen moet worden gekozen, maar wel dat dan opnieuw goed moet worden gekeken naar bijpassende beheersingsmaatregelen. Het CTZ zal in zijn toezichtstoetsen, waarin op verzoek van de minister bij voornemens tot wijziging van wet- en regelgeving wordt nagegaan of de nieuwe situatie voldoende toezichtbaar is, aan dit aspect nadrukkelijk aandacht besteden. Mede in dit licht acht het CTZ het gewenst toezichtstoetsen te kunnen uitvoeren over de beleidsvoornemens tot invoering van diagnosebehandelcombinaties (DBC's) binnen de ZFW en het 'eindplaatje' van de modernisering van de AWBZ, waarin naar verwachting een koppeling wordt aangebracht tussen de functiegerichte aanspraken en de bekostiging.

Het CTZ heeft de rapportage vastgesteld in zijn vergadering van 27 maart 2003.



# 1 Inleiding

## 1.1. Inleiding

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft aan het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) gevraagd om een fraude-risicoanalyse uit te voeren voor de publiekrechtelijke zorgverzekeringen.<sup>5</sup> In dit inleidende hoofdstuk wordt ingegaan op de volgende onderwerpen:

- de aanleiding voor het verzoek en de opdrachtomschrijving
- de reikwijdte en aandachtsgebieden en onderzoeksvragen van de risicoanalyse
- de opbouw van de rapportage.

## 1.2. Aanleiding voor het verzoek en opdrachtomschrijving

De aanleiding voor het verzoek van de minister van VWS aan het CTZ vormt het debat in de Tweede Kamer op 5 februari 2003 vanwege berichten in de media over fraude in de zorg en schattingen over de omvang ervan. De minister heeft aan de Tweede Kamer toegezegd om binnen een maand een overzicht in de vorm van een fraude-risicoanalyse op te doen stellen. De minister heeft daartoe het CTZ gevraagd om dit te doen voor de publiekrechtelijke zorgverzekeringen. Daarnaast heeft hij het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en de Economische Controledienst (FIOD/ECD) verzocht een risicoanalyse uit te voeren op het terrein van de zorgaanbieders. De Auditdienst van het ministerie van VWS is opgedragen om een analyse te doen op het terrein van de particuliere ziektekostenverzekeringen en de aanvullende verzekeringen.

### *Opdrachtomschrijving*

De minister vraagt het CTZ "een adequate beschrijving aan te leveren van de mogelijkheden waarin fouten zich in de uitvoering van de verzekering en de bekostiging van zorg kunnen voordoen, en van de mogelijkheden dat iemand bewust een dergelijke fout maakt om er voordeel mee te behalen. Een beschrijving van de huidige organisatorische (preventieve) controlesystemen is daarbij onmisbaar, alsook van de wijze waarop daar al dan niet toezicht op wordt gehouden. Uit de beschrijving moet duidelijk worden welke maatregelen en welke inspanningen door de onderscheiden actoren worden getroffen om bepaalde risico's in te perken. Uiteindelijk ontstaat daarmee zicht op risico's op fouten en frauduleus handelen en de daarmee corresponderende beheersingsmaatregelen. Maatregel en geleverde inspanning zullen in redelijke verhouding moeten staan tot de mogelijke fraude." De minister vraagt het CTZ tevens op basis van bestaand materiaal na te gaan of er harde indicaties zijn over de omvang van de fraude waarop blijkens de risicoanalyse kans bestaat.

---

<sup>5</sup> Brief van 14 februari 2003 van de minister van VWS aan de voorzitter van het CTZ, kenmerk Z/VU-2358280 (zie bijlage 1).

### 1.3. Reikwijdte en aandachtsgebieden van de risicoanalyse

#### 1.3.1. Beperking risicoanalyse tot misbruik

Er bestaat geen wettelijke definitie van het begrip fraude. In de opdrachtbrief wordt zoals hierboven reeds aangehaald, gesproken over 'de mogelijkheden waarin fouten zich in de uitvoering van de verzekering en de bekostiging van zorg kunnen voordoen, en van de mogelijkheden dat iemand bewust een dergelijke fout maakt om er voordeel mee te behalen'. Gelet op de beperkte tijd waarbinnen de risicoanalyse moet worden aangeleverd, heeft het CTZ ervoor gekozen om zich bij zijn risicoanalyse te richten op misbruik van de publiekrechtelijke zorgverzekeringen. Over deze beperking heeft tussentijds afstemming plaatsgevonden met de overige betrokkenen bij het opstellen van verschillende risicoanalyses.

##### *Definitie misbruik*

In een onderzoek van de Ziekenfondsraad in 1998 naar 'Misbruik door verzekerden in de ziekenfonds- en AWBZ-verzekering' is de volgende definitie gehanteerd van het begrip misbruik: 'Het opzettelijk niet, niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens door een verzekerde, of door een niet verzekerde die zich als verzekerde presenteert, teneinde ten onrechte prestaties te verkrijgen ten laste van de ziekenfondsverzekering of de AWBZ-verzekering of teneinde betaling van premies of eigen bijdragen geheel of gedeeltelijk te ontlopen.' Het CTZ sluit zich in deze risicoanalyse wat betreft de strekking ervan bij die definitie aan, met dien verstande dat de risicoanalyse in dit geval niet is beperkt tot misbruik door verzekerden. De risicoanalyse betreft ook mogelijk misbruik van de publiekrechtelijke zorgverzekeringen door zorgaanbieders, door ziekenfondsen en uitvoerders AWBZ, alsmede hun employees en misbruik door het concern waarbinnen de ZFW en AWBZ worden uitgevoerd. De in deze rapportage gehanteerde definitie van misbruik is als volgt geformuleerd: *'het bewust handelen in strijd met wet- en regelgeving met het doel hierbij (ten onrechte) uitgaven voor verstrekkingen en/of beheer ten laste van de wettelijke middelen te brengen, minder te betalen ten bate van de wettelijke middelen of extra inkomsten te ontvangen uit de wettelijke middelen'*.

Niet in de risicoanalyse betrokken zijn onbewuste en niet-opzettelijke fouten, waarbij moet worden opgemerkt dat het verschil in de praktijk lang niet altijd onbetwistbaar kan worden vastgesteld. Niet iedere foute declaratie is als misbruik aan te merken. Ingewikkelde, gedetailleerde regels en administratievoorschriften leiden in sommige gevallen tot onduidelijkheid en/of verschillen in interpretatie. Behalve 'onbewuste fouten' valt ook 'oneigenlijk gebruik' van de publiekrechtelijke verzekeringen, in die zin dat wel naar de letter, maar niet naar de geest in overeenstemming met de wet- en regelgeving is gehandeld, buiten het kader van deze risicoanalyse.

##### *Misbruik in de publiekrechtelijke zorgverzekeringen*

Het onderzoek beperkt zich op de misbruikrisico's in de publiekrechtelijke zorgverzekeringen, dat wil zeggen de Ziekenfondswet, de AWBZ en de daarop gebaseerde subsidie-regelingen, lopende via het ziekenfonds of zorgkantoor. Het onderzoek richt zich niet op

een aanvullende verzekering van de ziekenfondsverzekerde en de particuliere verzekeringen. De misbruikrisico's in deze verzekeringen komen aan bod in het onderzoek dat de minister van VWS aan de Auditdienst binnen zijn ministerie heeft opgedragen. In de risicoanalyse van het CTZ is wel aandacht voor de concernstructuur waarbinnen een ziekenfonds zijn werkzaamheden uitvoert, omdat sprake kan zijn van een niet gerechtvaardigde toedeling van kosten en baten aan het ziekenfonds en de overige concernonderdelen, bijvoorbeeld de particuliere (aanvullende) verzekering.

#### *Speciale aandacht voor 'inschrijving als verzekerde' en 'declaratie zorg in buitenland'*

Conform het verzoek van de minister heeft het CTZ in zijn risicoanalyse speciale aandacht besteed aan de onderwerpen 'inschrijving bij een zorgverzekeraar' en 'declaratie van zorg die iemand in het buitenland heeft gekregen'.

### **1.3.2 Beperking risicoanalyse tot huidige situatie**

Conform hetgeen de minister daarover heeft gezegd in het debat in de Tweede Kamer op 5 februari, is de risicoanalyse van het CTZ gericht op de huidige wet- en regelgeving. De mogelijke fraudegevoeligheid van beleidsvoornemens als de (ziekenfondswetbrede) invoering van diagnosebehandelcombinaties (DBC's), de functiegerichte aanspraakomschrijvingen zoals die per 1 april 2003 zullen gelden in de AWBZ en de nieuwe regelingen voor het persoonsgebonden budget (PGB) per 1 april 2003, zijn daarin niet meegenomen. Het CTZ acht het zeer gewenst in de gelegenheid te worden gesteld hierover op korte termijn alsnog aan de minister te rapporteren, bijvoorbeeld door middel van aanvragen voor toezichtstoetsen voor deze onderwerpen. Overigens blijven ook de gevolgen van de mogelijke invoering van een basisverzekering in deze rapportage buiten beschouwing.

### **1.3.3 Reikwijdte conclusies over omvang fraude**

Een risicoanalyse biedt als zodanig geen zicht op het daadwerkelijk optreden van misbruik. De minister vraagt het CTZ om op basis van bestaand materiaal aan te geven of er harde indicaties zijn voor de omvang van de fraude. Het blijkt echter niet of nauwelijks mogelijk om de omvang van misbruik te kwantificeren op basis van beschikbaar materiaal. Vaak gaat het om incidentele gegevens die generalisatie niet toestaan. Daar waar geen nader onderzoek is gedaan, kan geen onderscheid worden gemaakt tussen misbruik (bewust overtreden van regels met oog op zelfverrijking) en fouten. In deze rapportage worden dan ook geen uitspraken gedaan over de omvang waarin misbruik zich voordoet.

Wel is het mogelijk om de totale kosten, die met een bepaald onderdeel gemoeid zijn, aan te geven. Op deze wijze worden de mogelijkheden van misbruik in een beter perspectief geplaatst. In de hoofdstukken 3 (ZFW) en 4 (AWBZ) is waar relevant op die wijze invulling gegeven aan de stap 'indicaties over omvang misbruik'.

In zijn opdrachtbrief merkt de minister op dat '(beheersings-) maatregel en gevestigde inspanning in redelijke verhouding moeten staan tot de mogelijke fraude'. Mede daarom zijn ook gegevens opgenomen over de omvang van de (jaarlijkse) geldstroom. Indien een geldstroom bij een mogelijke vorm van misbruik zeer gering is, kan daaruit worden afgeleid dat ook de maximale omvang van daadwerkelijk misbruik relatief gering moet worden beschouwd.

#### **1.3.4. Onderzoeksvragen**

Met inachtneming van de genoemde beperkingen aan de reikwijdte zijn de onderstaande onderzoeksvragen geformuleerd als basis voor de op te stellen risicoanalyse.

##### *Onderzoeksvragen*

1. Welke mogelijkheden tot misbruik zijn te onderkennen in de ZFW en de AWBZ en de daarop gebaseerde subsidieregelingen, lopende via het ziekenfonds of zorgkantoor?
2. Welke maatregelen zijn er binnen het huidige stelsel om de risico's op misbruik te beheersen (organisatorische controlesystemen en het toezicht daarop)?
3. Welke knelpunten zijn te onderkennen in de uitvoering van de huidige beheersingsmaatregelen?
4. Welke risico's zijn momenteel onvoldoende beheerst en behoeven aanvullende aandacht?
5. Zijn er op basis van bestaand materiaal harde indicaties te geven over de omvang van fraude in de publiekrechtelijke zorgverzekeringen?
6. Welke aanbevelingen heeft het CTZ voor verbetering van de beheersingsmaatregelen?

#### **1.3 Opbouw van de rapportage**

De rapportage is als volgt opgebouwd. Eerst wordt (in hoofdstuk 2) een toelichting gegeven op de opzet van de risicoanalyse en een verantwoording gegeven over de wijze, waarop deze tot stand is gekomen. De beschrijving van de opzet van risicoanalyse omvat ook een globale aanduiding van de mogelijkheden tot misbruik van de publiekrechtelijke zorgverzekeringen, de belangrijkste beheersingsmaatregelen binnen het systeem en de mogelijke knelpunten. In hoofdstuk 3 staan de resultaten van de risicoanalyse voor de ZFW beschreven, gevolgd door de resultaten van de risicoanalyse voor de AWBZ in hoofdstuk 4. Een samenvatting van de conclusies en aanbevelingen is opgenomen in de 'bestuurlijke samenvatting' aan het begin van deze rapportage.





## **2 Opzet en aanpak risicoanalyse**

### **2.1. Inleiding**

In dit hoofdstuk is eerst de opzet van de risicoanalyse door het CTZ beschreven. Ingegaan wordt op de verschillende stappen in de risicoanalyse. Het hoofdstuk sluit af met een verantwoording over de wijze waarop het CTZ de risicoanalyse heeft uitgevoerd.

### **2.2 Opzet risicoanalyse**

In de gehanteerde risicoanalyse kunnen de volgende stappen worden onderscheiden:

1. Inventarisatie mogelijkheden tot misbruik
2. Beschrijving beheersingsmaatregelen in het stelsel
3. Aanduiding knelpunten in de uitvoering van de beheersingsmaatregelen
4. Identificatie risico's die momenteel onvoldoende zijn beheerst en waarvoor aanvullende aandacht nodig is, inclusief – voor zover aanwezig – een weergave van de harde indicaties over de omvang van misbruik in de publiekrechtelijke zorgverzekeringen

### **2.3 Stap 1: Inventarisatie mogelijkheden tot misbruik**

#### *Misbruik in relatie tot doelstelling publiekrechtelijke zorgverzekeringen*

De overheid acht zich er verantwoordelijk voor dat noodzakelijke zorg van goede kwaliteit voor alle Nederlandse burgers toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidsvoorzichten of inkomenspositie. Daarbij moet sprake zijn van een voldoende kostenbeheersing, om de zorg ook op lange termijn betaalbaar te houden. De overheid heeft aan deze verantwoordelijkheid invulling gegeven door de inrichting van een wettelijk stelsel van publiekrechtelijke zorgverzekeringen, met als belangrijkste wetten de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

In een stelsel van wet- en regelgeving is vastgelegd wie op basis van deze verzekeringen recht (aanspraak) heeft op welke zorg en onder welke randvoorwaarden. Daarnaast is vastgelegd wie welke zorg mag leveren, aan welke kwaliteitseisen daarbij minimaal moet zijn voldaan en welke tarieven zorgaanbieders mogen hanteren voor de door hen geleverde zorg. Ook is geregeld wie de ZFW en de AWBZ mogen uitvoeren en onder welke voorwaarden.

Wanneer iemand misbruik maakt van de publiekrechtelijke zorgverzekeringen betekent dit dat hij, vanuit zijn rol die hij binnen dit stelsel inneemt als verzekerde, zorgaanbieder of uitvoerende instantie, zich bewust niet houdt aan de geldende voorwaarden, met de bedoeling daar (financieel of materieel) beter van te worden. Ook personen die geen recht hebben op deelname aan de publiekrechtelijke zorgverzekeringen, of personen die zich ten

onrechte voordoen als zorgaanbieders (met name in het buitenland), kunnen via bedrog trachten te profiteren van de publiekrechtelijke zorgverzekeringen.

De consequentie is dat er ten onrechte kosten ten laste van de publiekrechtelijke verzekeringen worden gedeclareerd, een te hoog budget wordt geclaimd, of te weinig baten (bijvoorbeeld verplichte eigen bijdragen van verzekerden) ten gunste van die verzekeringen worden geboekt. Net als in elke sector waarin grote financiële stromen omgaan, kan bovendien sprake zijn van employees binnen de uitvoerende instanties, die van hun positie binnen de organisatie misbruik maken om zichzelf te verrijken. In *bijlage 2* is een schematisch overzicht gegeven van de verschillende mogelijkheden van misbruik die kunnen worden onderscheiden.

#### *'Zelfverrijking'*

In de voor de risicoanalyse gehanteerde definitie van misbruik is een element van 'zelfverrijking' opgenomen, in die zin dat degene die misbruik pleegt tot doel heeft om zijn kosten ten onrechte ten laste van de verzekering te brengen, dan wel minder te betalen of extra inkomsten te ontvangen. De misbruikpleger moet met andere woorden 'belang hebben' bij het bedrog. Dit kan een rechtstreeks financieel belang zijn, maar kan in het geval van de publiekrechtelijke zorgverzekeringen ook bestaan uit het ontvangen van zorg, die men anders niet, of in ieder geval niet 'gratis', had gekregen.

Het kan echter ook zo zijn dat de zorgaanbieder ten onrechte kosten ten laste van de verzekering declareert, waarbij het de verzekerde is die daar het voordeel van ondervindt (bijvoorbeeld een huisarts die ten onrechte de aanduiding 'chronisch' op een recept zet, waardoor bepaalde medicijnen, die daar anders niet voor in aanmerking komen, toch ten laste van de ZFW kunnen worden gebracht). De aanbieder kan zich daarbij onder druk voelen staan van de verzekerde/zijn patiënt om iets te doen of te laten waardoor misbruik mogelijk wordt, en/of er weinig belang bij hebben daar weerstand aan te bieden. Ook kunnen beiden profiteren (bijvoorbeeld wanneer een buitenlandse zorgaanbieder een verzekerde voorziet van een nota met een hoger bedrag dan het betaalde tarief en beiden 'de winst delen'). In de beschrijving van de mogelijkheden tot misbruik in de ZFW (hoofdstuk 3) en de AWBZ (hoofdstuk 4) wordt de mogelijkheid van misbruik steeds vermeld bij die actor, die in staat is het misbruik te plegen (door het onjuist verstrekken van gegevens, et cetera).

## **2.4 Stap 2: Beschrijving beheersingsmaatregelen in het stelsel**

In de structuur van de publiekrechtelijke stelsel van zorgverzekeringen zijn drie algemene beheersingsmaatregelen vervat die in deze paragraaf kort worden toegelicht. Het gaat hierbij om:

- Het naturastelsel

- De verantwoordelijkheid ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ (in vervolg kortweg: zorgkantoren)<sup>6</sup>
- Het toezicht op uitvoering ZFW en AWBZ

Naast deze algemene beheersingsmaatregelen is er een groot aantal meer specifieke beheersingsmaatregelen. Deze komen in de hoofdstukken 3 en 4 aan de orde.

#### 2.4.1 Naturastelsel

Zowel ZFW als AWBZ gaan uit van het naturasysteem. Dit betekent dat verzekerden geen recht hebben op teruggave van geld voor genoten zorg, maar op gezondheidsvoorzieningen zelf. In de ZFW en de AWBZ is omschreven voor welke voorzieningen recht op zorg bestaat. De ziekenfondsen en zorgkantoren moeten voor de uitvoering afspraken maken met zorgaanbieders over de te leveren zorg voor hun verzekerden. De afspraken hebben onder meer betrekking op de aard van de zorg, de kwaliteit, de hoeveelheid en de prijs. Deze afspraken dienen in overeenkomsten tussen de zorgverzekeraars en de aanbieders te worden vastgelegd.

De keuze voor het naturasysteem heeft als consequentie dat de geldstromen van het ziekenfonds naar de aanbieder lopen. Dat beperkt enerzijds de misbruikmogelijkheden door verzekerden aanzienlijk. Die kunnen immers, anders dan in een restitutiesysteem, slechts in zeer beperkte uitzonderingssituaties knoeien met declaraties. Anderzijds staat daar tegenover dat het de zorgaanbieder is die geleverde prestaties in rekening brengt bij het betreffende ziekenfonds en dit geeft ruimte voor mogelijk misbruik. De directe controle door de verzekerde op de gedeclareerde prestatie van de zorgaanbieder ontbreekt. Daarom is in het systeem voorzien in een aantal specifieke beheersingsmaatregelen in de vorm van allerlei controleregelingen, die erop gericht zijn om het risico van misbruik door aanbieders tegen te gaan. Hierover later meer. Daarnaast zijn de mogelijkheden tot misbruik door zorgaanbieders overigens ook beperkt door de wijze, waarop zij worden bekostigd – zie de beschrijvingen in de paragrafen 3.2 en 4.2, waarin de kenmerken van het systeem van de ZFW respectievelijk de AWBZ worden beschreven.

---

<sup>6</sup> Formeel zijn de uitvoeringsorganen AWBZ (de ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars) aangewezen als uitvoerders van de AWBZ. Zij hebben het grootste deel van hun taken via mandaat of volmacht overgedragen aan zorgkantoren. Deze zorgkantoren, die zelf ook een aantal rechtstreekse administratieve wettelijke taken hebben, zijn daarmee de belangrijkste feitelijke uitvoerders van de AWBZ. Hoewel de uitvoeringsorganen AWBZ voor de overgedragen taken formeel verantwoordelijk blijven, hebben zij feitelijk geen zicht en invloed op de uitoefening van die taken door zorgkantoren. Het CTZ heeft eerder aangegeven dat dit een knelpunt oplevert voor adequaat toezicht (onder andere in de Toezichtstoets zorgkantoren, september 2000). Mede gelet op de afspraken die in 2001 in een convenant tussen het ministerie van VWS, het CVZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over de taken en beheerskosten van zorgkantoren zijn gemaakt, neemt het CTZ in deze rapportage over zorgfraude de feitelijke uitvoering van de AWBZ door zorgkantoren als uitgangspunt (zie hierover ook de toezichtstoets moderniseringsmaatregelen AWBZ 2003, die het CTZ in september 2002 heeft uitgebracht). Ook op deze plaats herhaalt het CTZ daarbij echter nogmaals zijn eerdere aanbeveling dat het vanuit toezichtsoogpunt (en dus ook met het oog op een adequate beheersing van misbruik) gewenst is dat zo spoedig mogelijk stappen worden gezet om de feitelijke en de formele verantwoordelijkheidsverdeling in de AWBZ met elkaar in overeenstemming te brengen.

#### 2.4.2 Verantwoordelijkheid ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ

De ziekenfondsen en zorgkantoren zijn verantwoordelijk voor een goede uitvoering van de ZFW en de AWBZ. In de kern zijn de ziekenfondsen en zorgkantoren verplicht om te waarborgen dat hun verzekerden tijdig hun aanspraken op zorg van voldoende kwaliteit kunnen realiseren (de zo genoemde zorgplicht). De ziekenfondsen zijn op grond van art. 38c ZFW gehouden de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven, die hoger dan noodzakelijk zijn. Voor de zorgkantoren geldt een soortgelijke bepaling (art. 14 AWBZ). In de praktijk betekent dat onder meer dat ziekenfondsen en zorgkantoren invulling moeten geven aan een aantal noodzakelijke controles. Een goede uitvoering van deze controles waarborgt dat alleen noodzakelijke kosten ten laste van de wettelijke verzekeringen komen en voorkomt misbruik.

In de hoofdstukken 3 en 4 wordt één en ander nader uitgewerkt. Voor hier is het van belang te onderstrepen, dat de ziekenfondsen en zorgkantoren *verantwoordelijk* zijn voor een goede uitvoering van deze beheersingsmaatregelen – waarmee overigens niet gezegd wil zijn dat ook iedere actor, die de toegang tot de verzekeringsaanspraken mede bepaalt, daar niet ook een eigen verantwoordelijkheid in heeft om te controleren of de aanspraak terecht is (bijvoorbeeld de verantwoordelijkheid van een ziekenhuis om te controleren of de zorg, die ten laste van de ZFW wordt gebracht wordt geleverd aan een ziekenfondsverzekerde).

In dit kader is het ook van belang te wijzen op de activiteiten, die ziekenfondsen moeten ontwikkelen in het kader van een integraal beleid ter bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. In een circulaire uit 1998 is door de toenmalige Ziekenfondsraad opgeroepen een samenhangend en toetsbaar beleid op te zetten ter bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Sindsdien zijn diverse ontwikkelingen op gang gekomen, die langzaam maar zeker leiden tot een gestructureerde aanpak door ziekenfondsen van misbruik (zie bijlage 3 voor een meer gedetailleerd overzicht).

Het CTZ heeft in zijn verslaglegging herhaaldelijk, het meest recent nog in december 2002 in zijn algemene rapportage over de uitvoering van de ZFW in het jaar 2001, geconstateerd dat er geen sprake is van een systematisch en gestructureerd anti-misbruikbeleid. Er worden weliswaar veel activiteiten ontplooid, maar één en ander is nog versnipperd. Wel is er de laatste jaren een tendens naar een structureel en systematisch beleid te onderkennen. Deze tendens wordt bevestigd door een eerste analyse van de informatie over dit onderwerp uit de verantwoordingsdocumenten over 2002 van de ziekenfondsen.

In vergelijking met 2001 is er een behoorlijke vooruitgang geboekt. Hadden in 2001 bijvoorbeeld elf van de huidige 22 ziekenfondsen een fraudeprotocol en/of een fraudecoördinator, in 2002 waren dit er achttien van de 22. Een globale typering van het structurele en systematische anti-misbruikbeleid leert dat bij slechts acht van de 22 ziekenfondsen in 2001 de opzet en een al dan niet beperkte werking in de praktijk kon worden vastgesteld. Voor 2002 is dit aantal gestegen tot zeventien. Een duidelijke stijging,

maar er moet ook worden geconstateerd dat er over de hele linie nog ruimte voor verbetering is, niet alleen in de opzet van het beleid, maar ook in de uitvoering hiervan.

### **2.4.3 Toezicht op uitvoering ZFW en AWBZ**

#### *Organisatie van het toezicht*

Het CTZ houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering door ziekenfondsen van de ZFW. Met de instelling van het CTZ per 1 april 2001 werd tegelijkertijd de modernisering van het toezicht in de wet verankerd. Uitgangspunt in de wet is dat degene die verantwoordelijk is voor de uitvoering van diverse taken hierover verantwoording aflegt. Het zijn dus de ziekenfondsen zelf die verantwoordelijk zijn voor een recht- en doelmatige wetsuitvoering en zij moeten zich daarover verantwoorden in hun uitvoeringsverslag en financieel verslag. Het financieel verslag moet vergezeld gaan van een accountantsverklaring waarin een oordeel wordt gegeven over de rechtmatigheid en getrouwheid van de verantwoording door het ziekenfonds. Het uitvoeringsverslag moet voorzien zijn van een bestuursverklaring.

Het CTZ baseert zijn toezicht primair op het uitvoeringsverslag en financieel verslag van het ziekenfonds. Voorts vindt er een review plaats op het door de externe accountant uitgevoerde rechtmatigheidsonderzoek (en de daaruit voortvloeiende accountantsproducten: de rechtmatigheidsverklaring en –rapportage). Zonodig vraagt het CTZ aanvullende informatie of stelt een nader onderzoek in. Ook verricht het CTZ ‘speerpuntenonderzoek’. Jaarlijks wordt op deze wijze een aantal verschillende thema's door het CTZ zelf nader onderzocht. De uitkomsten hiervan worden betrokken bij de oordeelsvorming over de uitvoering van de ZFW en de AWBZ door ziekenfondsen en zorgkantoren.

In de Regeling financieel verslag ziekenfondsen is 'misbruik en oneigenlijk gebruik' opgenomen als aspect van het financieel beheer, waarover de ziekenfondsen zich moeten verantwoorden. In de Regeling accountantscontrole ziekenfondsen is bepaald dat de accountant de ordelijkheid en controleerbaarheid van het financieel beheer onderzoekt en over zijn bevindingen rapporteert, onder andere aan de hand van het aspect 'misbruik en oneigenlijk gebruik'.

Het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de AWBZ is op dit moment nog anders georganiseerd. De reden daarvoor is dat de verantwoording door en de verslaglegging van de uitvoerders (waaronder de interne verantwoording van de zorgkantoren aan de uitvoeringsorganen AWBZ over de gemandateerde taken) nog in ontwikkeling is.<sup>7</sup> Als gevolg daarvan kan het CTZ zich niet baseren op een eigen verantwoording door de uitvoerders. In plaats daarvan verricht het CTZ voornamelijk zelf onderzoek. Wel is het op korte termijn de bedoeling zowel de verantwoording door de uitvoerders als het toezicht van het CTZ op dezelfde wijze in te richten als in de ZFW.

---

<sup>7</sup> Dit gebeurt in het kader van het project 'Modernisering verantwoording en verslaglegging AWBZ' van het CVZ.

Het CTZ oefent geen toezicht uit op de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Wel ziet het CTZ erop toe dat de ziekenfondsen slechts wettelijke tarieven hanteren.

Het verstrekken van subsidies is een taak van het CVZ. Het CTZ houdt toezicht op de subsidieverstrekking voor de bekostiging van zorg (de zo genoemde pseudoverstrekkingen) voor zover deze door tussenkomst van de uitvoeringsorganen aan zorgaanbieders wordt verstrekt. Dit betekent dat het CTZ toezicht houdt op het rechtmatig en doelmatig functioneren van de uitvoeringsorganen op het gebied van subsidies. Wat betreft eventueel noodzakelijke controles in het kader van de vaststelling van het subsidiebedrag door het CVZ, treedt het apparaat van het CTZ faciliterend op voor het CVZ. De daaruit voortvloeiende controleresultaten zijn voor het CVZ uitgangspunt bij de definitieve subsidievaststelling.

### **2.5 Stap 3: Aangeven knelpunten in de uitvoering**

Nadat bij stap 1 in de risicoanalyse de mogelijkheden tot misbruik en bij stap 2 de beheersingsmaatregelen zijn beschreven, wordt bij stap 3 aangegeven welke knelpunten er zijn te onderkennen in de uitvoering van de beheersingsmaatregelen. Er kunnen drie soorten knelpunten worden onderscheiden:

1. Er zijn wel beheersingsmaatregelen, maar die worden in praktijk onvoldoende toegepast.
2. De beheersingsmaatregelen die er zijn behoeven verbetering. Deze verbetering kan ook nodig zijn, omdat degenen die de beheersingsmaatregelen moeten toepassen, aangeven onvoldoende duidelijkheid te hebben over de wijze, waarop ze moeten worden toegepast, of onvoldoende mogelijkheden te hebben om ze adequaat toe te passen.
3. De beheersingsmaatregelen om het risico afdoende te beperken, ontbreken.

### **2.6 Stap 4: Identificatie risico's die aandacht behoeven**

De bij stap 3 aangegeven knelpunten in de beheersingsmaatregelen vormen het uitgangspunt voor stap 4, waar de risico's worden benoemd waarvoor extra aandacht nodig is, omdat ze in de huidige uitvoeringspraktijk kennelijk onvoldoende worden beheerst. Een risico kan hier worden gezien als een mogelijkheid tot misbruik waarbij een gerede kans aanwezig is dat dit misbruik zich daadwerkelijk voordoet. Extra aandacht (van degene die geacht wordt de beheersingsmaatregel toe te passen, van de toezichthouder of van de regelgever) in de vorm van betere toepassing van de bestaande beheersingsmaatregelen, verbetering van de beheersingsmaatregelen of aanvullende beheersingsmaatregelen, kan nodig zijn om alsnog tot een adequate beheersing te komen.

Het CTZ hecht eraan te benadrukken dat misbruik in de zorg vanuit maatschappelijk perspectief zonder meer afkeurenswaardig is. In principe is elke ten onrechte betaalde euro er één te veel. Tegelijkertijd merkt het CTZ op, dat het compleet uitbannen van misbruik in de publiekrechtelijke zorgverzekeringen geen realistische optie is. Ook hier geldt dat de

kosten en de baten van beheersingsmaatregelen in een redelijke verhouding moeten staan tot het risico. Welk 'restrisico' aanvaardbaar is en of voor een bepaald risico daadwerkelijk extra aandacht nodig is, vergt een politieke en bestuurlijke afweging waarin meerdere factoren een rol spelen. Genoemd kunnen worden de omvang van mogelijkheden om misbruik te maken, omvang van de totale geldstroom waarop het risico betrekking heeft, de hoeveelheid geld waarvan per situatie misbruik kan worden gemaakt, de waarschijnlijkheid dat actoren op die manier misbruik zullen maken, de maatschappelijke betekenis van het misbruik, de preventieve werking van de beheersingsmaatregelen, de kosten van verbetering of aanvulling van de beheersmaatregelen, de financiële baten van de inzet van beheersingsmaatregelen, et cetera.

Hoewel uiteindelijk de politiek-bestuurlijke instanties bepalen welke risico's al dan niet aanvullende aandacht behoeven, gaat het CTZ ervan uit dat de minister bij zijn opdracht tot het opstellen van een risicoanalyse, ook van het CTZ vraagt om een inschatting te maken voor welke 'restrisico's (na inzet huidige beheersingsmaatregelen in het stelsel) in ieder geval bijzondere aandacht nodig lijkt. Het CTZ heeft dit gedaan op basis van vijf factoren:

1. de mogelijkheden tot misbruik gelet op de aard van de verstrekking<sup>8</sup>
2. de omvang/kosten van de verstrekking
3. de omvang/kosten die onder een specifieke risicobeperkende kostensystematiek vallen<sup>9</sup>
4. het deel van de kosten dat buiten deze bekostigingssystematiek blijft<sup>10</sup>
5. de mate van uitvoering en de effectiviteit van de overige beheersingsmaatregelen.<sup>11</sup>

Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van relatief beperkte mogelijkheden tot misbruik (gelet op de aard van de verstrekking en/of de bekostigungsstructuur) en ook de omvang van de geldstroom waarbij misbruik mogelijk is, relatief gering is, stelt dit minder eisen aan de benodigde beheersingsmaatregelen en is er doorgaans geen aanleiding om te concluderen dat bijzondere aandacht (bijvoorbeeld in de vorm van aanvullende beheersingsmaatregelen) nodig is. Dit wil niet zeggen dat de beheersingsmaatregelen bij de als minder risicovol ingeschatte verstrekkingen achterwege gelaten kunnen worden. Naast de factoren waartoe het CTZ zich heeft beperkt, kunnen er andere factoren of omstandigheden zijn die leiden tot vergroting van het risico op misbruik, en waarvoor dus bijzondere aandacht nodig is. Gedacht kan worden aan instellingen die onder grote financiële druk staan, of discussies over de hoogte van de tarieven voor bepaalde verstrekkingen. Er zijn ook factoren die de

---

<sup>8</sup> Naarmate de verstrekking bijvoorbeeld meer gedetailleerd is omschreven en aan meer voorwaarden moet zijn voldaan om er aanspraak op te kunnen maken, biedt deze meer mogelijkheden tot misbruik. De detaillering kan ook zijn aangebracht op het niveau van de tariefsbeschikking van het CTG, ten behoeve van de koppeling aan tarieven, in plaats van in de wettelijke aanspraakomschrijving.

<sup>9</sup> Risicobeperkende bekostigingssystematiek: Een instelling of beroepsbeoefenaar die gebudgetteerd is, heeft minder prikkels om misbruik te maken door het declareren van extra prestaties dan wanneer sprake is van betaling op basis van 'boter bij de vis'.

<sup>10</sup> Er kan met een bepaalde verstrekking (bijvoorbeeld ziekenhuiszorg) zeer veel geld zijn gemoeid, waarbij over slechts een beperkt deel daarvan mogelijkheden tot misbruik aanwezig zijn, i.c. dat deel van de kosten dat niet is gebudgetteerd.

<sup>11</sup> Hier gaat het om het oordeel of de bestaande beheersingsmaatregelen voldoende zijn om de risico's te beheersen.

risico's juist kunnen beperken: aandacht binnen de opleiding en beroepsgroep voor integriteitsbeleid, et cetera.

## **2.7 Aanpak risicoanalyse**

Het CTZ heeft zich bij het opstellen van de risicoanalyse gebaseerd op reeds aanwezige gegevens, aangevuld met gesprekken met relevante personen en instanties ter completering en toetsing van de voorlopige bevindingen.

In globale lijnen is de gegevensverzameling van het CTZ als volgt verlopen:

- Analyse van relevante stukken, waaronder:
  - Het verslag van het debat van de Tweede Kamer op 5 februari 2003 over fraude in de zorg, het rapport 'Reden tot zorg' van CMC/T11 in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het rapport 'Zorg om zorgfraude' van de Fraude-unit Oost van het Openbaar Ministerie, de in de media verschenen berichten over dit onderwerp, et cetera.
  - De relevante circulaires en rapporten van onder andere de Ziekenfondsraad en zijn opvolger het College voor zorgverzekeringen (CVZ), eerdere rapportages van het CTZ en zijn rechtsvoorganger de Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU).
  - Fraudebeleidsplannen en risicomatrices van ziekenfondsen.
- Interne voorbereiding risicoanalyse op basis van aanwezige kennis en ervaring bij CTZ
- Toets van de voorlopige bevindingen en aanvullende gegevensverzameling via gesprekken met een aantal directieleden en medewerkers van ziekenfondsen (waaronder de fraudecoördinatoren), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het CVZ.
- Tussentijdse afstemming met de overige instanties die door de minister om een deelanalyse zijn gevraagd, plus met (een medewerker van) prof.dr. R.J. van der Veen in zijn rol als voorzitter van de coördinerende stuurgroep en verantwoordelijke voor de eindrapportage.



## **3 Risicoanalyse misbruik Ziekenfondswet**

### **3.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de risicoanalyse voor de ZFW weergegeven. Daarbij wordt eerst (paragraaf 3.2) ingegaan op een aantal kenmerken van het systeem ZFW, die van belang zijn voor een goed begrip van de mogelijkheden tot misbruik en de beheersingsmaatregelen in de ZFW. De risicoanalyse voor de ZFW is opgedeeld in vijf deelanalyses:

- Misbruik ZFW door verzekerden
- Misbruik ZFW door zorgaanbieders
- Misbruik ZFW door ziekenfondsen
- Misbruik ZFW door concerns
- Misbruik ZFW door employees

In de paragrafen 3.3 tot en met 3.7 wordt stilgestaan bij de belangrijkste bevindingen. In bijlage 4 wordt meer gedetailleerd op één en ander ingegaan.

### **3.2 Kenmerken systeem ZFW**

De ZFW verzekert medische zorg (ziekenhuis, huisarts, apotheek, fysiotherapeut, tandarts en dergelijke). In totaal ging er in 2001 ongeveer € 14 miljard in de ZFW om. Werknemers onder de loongrens en zelfstandigen onder een inkomensgrens zijn verplicht verzekerd. Voor deze verzekerden loopt de verplichting veelal door na het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Personen van 65 jaar of ouder, die daarvoor particulier verzekerd waren, kunnen indien zij dat wensen en aan de inkomensvoorwaarde voldoen, ook toetreden tot de ziekenfondsverzekering. Gezinsleden van ziekenfondsverzekerden kunnen onder voorwaarden worden meeverzekerd. Ruim 60% van de Nederlanders is verzekerd op grond van de ZFW (ruim 10 miljoen ziekenfondsverzekerden).

Ziekenfondsverzekerden kunnen zich inschrijven bij een ziekenfonds naar keuze. Ziekenfondsen zijn privaatrechtelijke organisaties, die een wettelijke toelating hebben gekregen voor de uitvoering van de ZFW. Bijna alle ziekenfondsen werken in geheel Nederland. Verzekerden kunnen jaarlijks van ziekenfonds wisselen. Ziekenfondsen hebben een acceptatieplicht. De ZFW geeft in het algemeen geen recht op geldelijke vergoeding van geleden schade, maar aanspraak op verstrekkingen (het naturasysteem). Het ziekenfonds moet ervoor zorgdragen dat zijn verzekerden hun aanspraken op zorg tijdig en op kwalitatief voldoende niveau kunnen realiseren. Hiertoe moet het ziekenfonds overeenkomsten sluiten met zorgaanbieders.

#### *Wettelijke middelen*

Voor de uitvoering van de ZFW krijgen ziekenfondsen geld uit de Algemene Kas, die wordt gevuld door (inkomensafhankelijke) premies van werkgevers en werknemers, rijksbijdragen

en solidariteitsbijdragen van particulier verzekerden. Bij de verdeling van de beschikbare middelen (het macrobudget) over de afzonderlijke ziekenfondsen (de budgettering van ziekenfondsen) wordt rekening gehouden met kenmerken van hun verzekerdenbestand. Daarnaast hebben ziekenfondsen inkomsten uit de nominale premie die zij aan hun verzekerden kunnen opleggen.

Toegewezen budgetten en nominale premies vormen tezamen de wettelijke middelen, die een ziekenfonds ten dienste staan voor de uitvoering van de ZFW. Ziekenfondsen betalen de kosten van zorg voor hun verzekerden en hun kosten van beheer uit die wettelijke middelen. Verschillen tussen de wettelijke middelen en de werkelijke uitgaven worden door de ziekenfondsen ten gunste of ten laste gebracht van de zogenoemde wettelijke reserve (die, binnen het zo genoemde 'gesloten systeem', alleen mag worden besteed aan kosten voor zorg en beheer in het kader van de ziekenfondsverzekering).

Het ziekenfonds loopt aldus risico over zijn inkomsten en uitgaven en heeft daarmee zelf een direct belang in de beheersing van die inkomsten en uitgaven. Dat een deel van hun uitgaven aan enige vorm van nacalculatie en verevening onderhevig is, doet daaraan nauwelijks af.

Daarnaast moeten ziekenfondsen in enige bij naam genoemde situaties specifieke inkomsten en uitgaven rechtstreeks verrekenen met de Algemene Kas. Over die inkomsten en uitgaven lopen niet zij, maar de Algemene Kas het risico. Het gaat daarbij overigens om een relatief gering belang. In 2001 bedroegen deze zo genoemde rechtstreeks te verrekenen kosten totaal € 212 miljoen ofwel 1,5% van de totale lasten van de ZFW. De kosten, die ziekenfondsen maken voor zorg geleverd aan hun verzekerden bij tijdelijk verblijf in het buitenland, zijn in dat bedrag begrepen.

Ziekenfondsen mogen alleen kosten ten laste van de wettelijke middelen brengen die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van de verzekering, dat wil zeggen alleen voor zover:

- het zorg betreft voor iemand die verzekerd is ingevolge de ZFW;
- het zorg betreft die onderdeel uitmaakt van het ziekenfondspakket;
- de verzekerde beschikt over een geldige indicatie voor de gedeclareerde zorg;
- de zorg is gedeclareerd tegen een rechtsgeldig tarief;
- de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd;
- het noodzakelijke beheerskosten voor de uitvoering van de ziekenfondsverzekering betreft.

Aldus is geregeld dat ziekenfondsen verantwoordelijk zijn voor een rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering en dat zij alleen kosten ten laste van de wettelijke verzekering brengen voor zover die noodzakelijk zijn voor de uitvoering van die verzekering.

#### *Overeenkomsten*

Ziekenfondsen moeten via de inkoop van zorg bij zorgaanbieders waarborgen dat hun verzekerden hun aanspraak op zorg tijdig kunnen realiseren. Verzekerden kunnen (uitzonderingen daargelaten) alleen zorg krijgen van aanbieders met wie hun ziekenfonds een overeenkomst heeft gesloten. In de overeenkomst kunnen het ziekenfonds en de

aanbieder onder andere afspraken maken over de kwantiteit en de kwaliteit van de te leveren zorg, het tarief, de informatie die de aanbieder aan het ziekenfonds moet verstrekken, et cetera. In het huidige overeenkomstenstelsel zijn zij daarbij gebonden aan wat is vastgelegd in de op landelijk niveau overeengekomen 'uitkomsten van overleg' (de zo genoemde uvo's) of modelovereenkomst. Overigens is een herziening van het overeenkomstenstelsel in voorbereiding, waarbij vooral wordt beoogd de onderhandelingen tussen ziekenfondsen en aanbieders op decentraal niveau meer ruimte te geven zodat deze meer inhoud kunnen krijgen.

#### *Bekostigingssystemen en tariefsafspraken*

Wat betreft de afspraken over tarieven hebben ziekenfondsen en zorgaanbieders zich te houden aan de voorschriften van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) en de op grond daarvan door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) goedgekeurde of vastgestelde tarieven. Hieronder zijn de belangrijkste bekostigingssystemen voor verstrekkingen ZFW kort samengevat. In het vervolg van dit hoofdstuk wordt op deze (globale) omschrijving teruggegrepen als het gaat om het aanduiden van de mogelijkheden op misbruik (of, juist vanwege het bekostigingssysteem, het ontbreken van dergelijke mogelijkheden).

- *Bekostiging op basis van budget aanbiedende instelling (ziekenhuis)*  
Jaarlijks bepaalt het CTG op basis van een aantal budgetparameters het budget dat aan een instelling wordt toegekend (parameteraantallen instelling x door CTG vastgestelde parameterwaarden).

Binnen het beschikbare budget onderhandelen het ziekenfonds en de instelling over de productieafspraken (tarief x volume). Dit leidt na goedkeuring of vaststelling door het CTG tot een 'verpleegdagentarief' (een individueel tarief voor de instelling, ook 'sluittarief' genoemd), naast de landelijk geldende tarieven op basis van de Tarieflijst Instellingen. De instelling moet zijn budget 'inverdienen' door declaratie van de geleverde 'verpleegdagen' en verrichtingen. Als in enig jaar meer of minder wordt verdiend dan het budget aangeeft, dan wordt het verschil tussen budget en verdiend bedrag in het volgende jaar in principe verrekend met het budget van dat jaar. Meer productie leidt dus niet tot meer inkomsten, minder productie niet tot inkomstenverlies. Een uitzondering hierop vormt de situatie waarin ziekenfonds en instelling in de loop van het jaar aanvullende productieafspraken maken, waar het CTG mee instemt. In dat geval vindt aanpassing van het budget plaats. Afzonderlijke declaratie van kosten buiten het budget om is niet toegestaan, tenzij dat met zoveel woorden is benoemd in de tariefbeschikking van het CTG.

- *Bekostiging op basis van lumpsum (vrijgevestigde medisch-specialisten)*  
Om de samenwerking met de ziekenhuizen te bevorderen, nemen de vrijgevestigde medisch-specialisten vanaf 1994 deel aan zogenoemde lokale initiatieven. Binnen die initiatieven maken specialisten, ziekenhuis en zorgverzekeraars afspraken over honorarium, kwaliteit van zorg en dergelijke. Een belangrijke prikkel voor de vrijgevestigde medisch-specialisten om deel te nemen aan een lokaal initiatief was dat zij daarmee gevrijwaard werden voor, de na 1994 door de overheid opgelegde, tarief-

kortingen. Zij kregen op basis van historische omzetgegevens (veelal de omzet 1994) een budget, de 'lumpsum'. Mede vanwege dat voordeel hebben vrijwel alle medisch-specialisten zich aangesloten bij lokale initiatieven. Jaarlijks wordt de lumpsum aangepast voor prijs- en volumeontwikkelingen. Dit betreft een door het CTG vastgesteld prijsindexcijfer. De jaarlijkse volumemutatie is gerelateerd aan de mutatie van het variabele deel van het ziekenhuisbudget.

Intern (binnen het samenwerkingsverband van de vrijgevestigde medisch-specialisten) verdelen de medisch-specialisten de lumpsum. Vaak is voor die verdeling de door de medisch-specialisten gerealiseerde productie van belang. Dat betreft dan de productie in budgetparameters zoals die gelden voor het variabele deel van het ziekenhuisbudget. Het ziekenhuis heeft er belang bij dat de medisch-specialisten op deze wijze de interne lumpsum verdelen, omdat het ziekenhuisbudget van die parameters afhankelijk is. De medisch-specialisten hebben er ook belang bij dat de werkelijke productie van het ziekenhuis in relatie tot de productieafspraken op een voldoende niveau uitkomt. Een lagere werkelijke productie kan er namelijk toe leiden dat het ziekenhuis in het overleg met de zorgverzekeraar tot lagere productieafspraken en dus tot een lager ziekenhuisbudget komt. Een lager ziekenhuisbudget kan gevolgen hebben voor de vrijgevestigde medisch-specialisten (bijvoorbeeld minder OK-tijd ter beschikking). Deze productie in de vorm van opnamen, verpleegdagen, dagopnamen en dergelijke heeft geen directe relatie met de feitelijk door de medisch-specialisten geleverde prestaties (verrichtingen).

Ter financiering van de lumpsum brengen de vrijgevestigde medisch-specialisten verrichtingen (operaties, onderzoeken en dergelijke) in rekening bij zorgverzekeraars (en particuliere verzekerden). Elk van die verrichtingen heeft een eigen CTG-tarief. De vrijgevestigde medisch-specialisten moeten alle in rekening gebrachte verrichtingen (de omzet uit zorg) per jaar verantwoorden. De verantwoording moet individueel of per maatschap zijn voorzien van een accountantsverklaring. Per ziekenhuis worden de omzetten van de aldaar werkzame vrijgevestigde medisch-specialisten bij elkaar opgeteld en voorzien van een verklaring van de zo genoemde verrekeningsaccountant. Dit totaal per ziekenhuis gaat naar het CTG. Het CTG stelt vast welk deel van de lumpsum is gefinancierd door (het totaal van) de reeds door de medisch-specialisten gedeclareerde verrichtingen. Het verschil (de zogenoemde vrijwaring) tussen de lumpsum en de totale omzet van de vrijgevestigde medisch-specialisten wordt door het CTG vastgesteld en wordt alsnog uitgekeerd aan de medisch-specialisten. Via een door het CTG vastgestelde opslag/afslag op het verpleegdagentarief van het ziekenhuis wordt de vrijwaring gefinancierd. Het ziekenhuis betaalt de vrijwaring aan de medisch-specialisten. De medisch-specialisten ontvangen derhalve (uiteindelijk) altijd de lumpsum.

Dit maakt dat de medisch-specialisten geen direct belang hebben bij onjuist of onterecht declareren van verrichtingen. Zij ontvangen immers toch de lumpsum. Wel bestaat het risico dat medisch-specialisten minder verrichtingen gaan doen, omdat ze toch de

lumpsum ontvangen. In dat kader vormen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar een countervailing power. Het ziekenhuis wil wel dat medisch-specialisten patiënten blijven opnemen, omdat daarmee het ziekenhuis zijn productie realiseert. De zorgverzekeraar is niet geneigd te betalen voor niet geleverde zorg en zal zijn medewerking aan het lokale initiatief opzeggen (de initiatieven hebben veelal een contractueel overeengekomen looptijd van 1 à 2 jaren). Daarmee vervalt het initiatief en hebben de specialisten geen recht meer op de lumpsum. Het budget vervalt en de medisch-specialisten vallen terug op uitsluitend omzet uit verrichtingen.

Naast de lumpsum of in aanvulling op de historisch bepaalde lumpsum kunnen medisch-specialisten op basis van het 'boter bij de vis'-principe afspraken maken over extra te leveren wachtlijstproductie.

- *Abonnementshonorarium* (huisartsen)  
Het abonnementshonorarium is een vast bedrag dat een hulpverlener (i.c. een huisarts) ontvangt per op naam bij hem ingeschreven verzekerde, voor de meeste zorg die hij aan hem verleent. Naast het abonnementshonorarium kunnen in beperkte mate afzonderlijke vergoedingen voor bepaalde verrichtingen worden gedeclareerd (bijvoorbeeld een vergoeding voor avond-, nacht- en weekendconsulten per consult).
- *Zittingentarief* (paramedici)  
Speciaal met het oog op het tegengaan van misbruik en oneigenlijk gebruik, het voorkomen van onduidelijkheid over de declaratie van verrichtingen en combinaties van verrichtingen, is voor paramedici (waaronder fysiotherapeuten) een zittingentarief ingesteld. De paramedicus ontvangt dus een tarief per zitting, ongeacht de aard van de behandeling en de feitelijke werkzaamheden die hij daarbij uitvoert. Dit tarief wordt bepaald via de optelsom van het norminkomen en de praktijknorm, te delen door het normale aantal zittingen per jaar.
- *'Boter bij de vis'* (wachtlijstmiddelen)  
Met het oog op het wegwerken van de wachtlijsten kunnen instellingen bovenop hun budget extra financiële middelen krijgen voor extra (dat wil zeggen niet in het reguliere budget begrepen) productie<sup>12</sup>. De instelling moet daarvoor een plan indienen dat ter verkrijging van de middelen moet worden beoordeeld door het ziekenfonds en goedgekeurd door het CTG.

In de huidige situatie voor de diverse verstrekkingen is veelal sprake van een combinatie van een budgetstelsel en elementen van prestatiebekostiging ('boter bij de vis'). In zijn algemeenheid kan worden geconstateerd dat waar in toenemende mate de (relatief risicoloze) budgetsystematiek wordt vervangen door prestatiebekostiging, de mogelijkheden tot misbruik toenemen. Dit betekent dat ook de beheersingsmaatregelen opnieuw moeten worden bezien op hun toereikendheid.

---

<sup>12</sup> Ziekenhuizen kunnen in een beperkt aantal gevallen extra kosten in rekening brengen bovenop de kosten die vallen onder de ziekenhuisbudgettering. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de door het ene ziekenhuis voor een ander ziekenhuis verrichte werkzaamheden zoals laboratoriumonderzoek.

### *Formele, statistische en materiële controles*

Ziekenfondsen zijn op grond van art. 38c ZFW gehouden de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk. Dit betekent dat het contracteerbeleid van een ziekenfonds gericht moet zijn op een doelmatige zorgverlening door de zorgaanbieders en een kritische beoordeling van aanvragen van verzekerden. Daarnaast wordt van ziekenfondsen verwacht dat zij zogenoemde formele en materiële controles uitvoeren.

Bij formele controles moet het ziekenfonds nagaan of de gedeclareerde zorg is geleverd ten behoeve van een bij hem ingeschreven verzekerde, of deze voor de betreffende zorg beschikte over een indicatie, of het gaat om zorg die binnen het wettelijke verstrekkingenpakket valt, of de zorg is verleend door een zorgaanbieder met wie het ziekenfonds een overeenkomst heeft en of het in de overeenkomst afgesproken tarief is gehanteerd. Kortom, een toets op een aantal formele vereisten (en de concretisering daarvan in de afspraken, zoals die in de overeenkomst tussen ziekenfonds en aanbieder zijn vastgelegd). De formele controles worden – uitzonderingen daargelaten – integraal verricht bij de verwerking van verzekerdenmutaties en de declaratiebehandeling. Zij zijn veelal geïntegreerd in het geautomatiseerde systeem. Als nota's niet voldoen aan genoemde eisen wordt de indiener ervan om opheldering gevraagd. Zo nodig worden de nota's dan gecorrigeerd. De formele controles vinden hun oorsprong in de formele eisen die wet- en regelgeving stellen. Een goede uitvoering ervan is mede verankerd in de overeenkomsten, die ziekenfondsen sluiten met de zorgaanbieders.

Ook verbandscontroles en screeningseisen zijn voorbeelden van formele controles. Bij deze controles wordt in het geautomatiseerde systeem nagegaan of de gedeclareerde prestaties passen bij andere gedeclareerde prestaties. Deze controles hebben wel als nadeel dat – ook bij geautomatiseerde toepassingen – de verwerkingstijd toeneemt. De computer slaat op tilt, bij wijze van spreken. Daarom kiezen ziekenfondsen er vaak voor deze controles niet altijd tijdens de reguliere verwerking te doen, maar achteraf te verrichten via 'slimme queries', waarbij het gehele bestand opnieuw wordt doorzocht.

Om afwijkende declaraties op te sporen voeren ziekenfondsen statistische analyses uit. Op basis van de bij het ziekenfonds aanwezige informatie over declaraties van aanbieders worden ten opzichte van het gemiddelde declaratiepatroon (het macroniveau) afwijkende declaratiepatronen opgespoord. Deze afwijkingen worden nader geanalyseerd en leiden zonodig tot nader onderzoek bij een individuele zorgaanbieder (microniveau). De uitkomsten van dit nadere onderzoek kunnen leiden tot individuele aanpassing van uit te betalen bedragen.

Bij materiële controles moet het ziekenfonds nagaan of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk aan zijn verzekerde is geleverd en terecht is geleverd. Materiële controles worden niet gelijktijdig met de formele controles uitgevoerd. Voor de materiële controle geldt dat de ziekenfondsen deze in continuïteit moeten uitvoeren, op een zodanige wijze dat

aan de doelstelling daarvan wordt voldaan. De ziekenfondsen bepalen, binnen de door CVZ en CTZ aangegeven kaders, op welke manier zij de materiële controle inrichten (periodiciteit, selectie van te onderzoeken gevallen, et cetera). In overeenkomsten die ziekenfondsen met zorgaanbieders afsluiten, is vastgelegd dat een ziekenfonds voor materiële controle informatie kan opvragen. Ziekenfondsen verantwoorden zich in het financieel verslag en het uitvoeringsverslag over het beleid voor materiële controles, de uitvoering daarvan en de resultaten. Materiële controle is een essentieel element van het financieel beheersaspect 'misbruik en oneigenlijk gebruik'. Als zodanig rapporteert de externe accountant hierover in zijn rapport van bevindingen over het financieel beheer van het ziekenfonds.

Vermeldenswaard nog is de Regeling controle verzekerdenadministratie ziekenfondsen. Volgens deze regeling moeten ziekenfondsen er voor zorgen dat de gegevens opgenomen in het verzekerdenbestand bij voortduring juist, actueel en volledig zijn. Daarmee wordt bevorderd dat er geen personen via het ziekenfonds verzekerd zijn die daar geen recht op hebben.

Het CTZ ziet toe op een goede uitvoering van de formele en materiële controles en vraagt waar nodig meer activiteiten van een ziekenfonds. Met een zekere regelmaat zijn in de afgelopen jaren ziekenfondsen 'onder verscherpt toezicht' geplaatst zolang zij naar het oordeel van het CTZ tekort schoten in hun controleactiviteiten. Sinds 1998 hebben in totaal 16 ziekenfondsen wegens tekortschietende controles voor kortere of langere tijd onder verscherpt toezicht gestaan. De reden van het verscherpte toezicht was divers en had vaak betrekking op *onderdelen* van het functioneren, zoals de kostenbewaking of de verzekerdenadministratie.

### **3.3 Misbruik ZFW door verzekerden**

De belangrijkste mogelijkheden voor misbruik door verzekerden, die niet adequaat worden beheerst, liggen op twee terreinen:

- Iemand ontvangt zorg vanuit de ziekenfondsverzekering zonder hierop recht te hebben (*misbruik ziekenfondspas*).
- Een verzekerde declareert ten onrechte kosten.

#### *Misbruik ziekenfondspas*

Dit niet adequaat beheerste risico betreft de situatie waarbij iemand, die geen recht heeft op verzekering ingevolge de ZFW, gebruik maakt van een pas van een ander (of een vervalste pas).

De belangrijkste beheersingsmaatregel om te voorkomen dat iemand ten onrechte 'gratis' zorg ontvangt op kosten van de ZFW is, dat de aanbieder moet controleren of iemand beschikt over een pas die recht geeft op zorg. De huidige pas biedt echter onvoldoende houvast om vast te stellen of de ziekenfondsverzekerde en de persoon aan wie de zorg wordt verleend, dezelfde zijn. Ook is er mogelijk een spanningsveld tussen de noodzaak tot controle of iemand verzekerd is en de beroepsethiek om zorg te verlenen waar nodig.

Geconcludeerd kan worden dat er aandacht nodig is voor het misbruik van een pas door een ander dan de verzekerde (of van een vervalste pas). Dat wil niet zeggen dat die aandacht er tot nu toe niet is geweest. In het begin van de jaren negentig waren er in de pers berichten over omvangrijk misbruik van het inschrijvingsbewijs van het ziekenfonds. Gezien de samenstelling van de populatie richtte de aandacht zich met name op de stad Amsterdam en daarmee op het in Amsterdam werkzame ziekenfonds ZAO. Eén en ander vormde aanleiding voor ZAO om een uitgebreid onderzoek naar deze vorm van misbruik te houden. In augustus 1994 bracht ZAO een rapport uit aan de toenmalige Ziekenfondsraad. Op basis van een schatting van het aantal illegalen in Amsterdam en een schatting van de kosten voor de aan dezen verleende zorg, kwam ZAO tot een totaal bedrag aan mogelijke kosten van € 18 miljoen euro. Op basis van nader onderzoek kon ZAO € 7 miljoen enigszins traceren c.q. onderbouwen. Een conclusie van het onderzoek was dat niet was komen vast te staan dat er sprake was van *grootscheeps* misbruik met ziekenfondskaarten. Daarbij wordt wel opgemerkt dat de analyses op basis van administratieve gegevens slechts aantonen, dat de fraude zich nauwelijks manifesteert in de vorm van opvallende schadepatronen. Voor het verkrijgen van een volledig beeld van de omvang van dit misbruik is zeer intensief onderzoek nodig, met bijbehorende intensieve medische controle. Kortom, uit het onderzoek blijkt dat er zeker signalen zijn dat deze vorm van misbruik voorkomt en dat alertheid daarbij van groot belang is. Harde indicaties over *grootscheeps* misbruik zijn echter niet vastgesteld.

Omdat opsporing achteraf niet eenvoudig is, ligt het voor de hand om te kiezen voor beheersingsmaatregelen aan de voorkant, bijvoorbeeld in de vorm van een in te voeren verzekeringspas, die identificatie op het moment van zorggebruik mogelijk maakt. In de uitvoeringstoets van het CVZ uit maart 2003 wordt voor zo'n systeem gepleit. Een alternatief voor de korte termijn is het combineren van de verzekeringspas met een ander identificatiedocument (bijvoorbeeld het paspoort). Het is dan aan de zorgaanbieder om controle bij de poort uit te voeren.

#### *Misbruik verzekerden bij declaratie zorg in buitenland*

Zoals al eerder aangegeven, is het ziekenfondsstelsel een naturastelsel. Dit betekent dat verzekerden in principe geen kosten voor verleende zorg declareren. Slechts in enkele specifieke uitzonderingsgevallen declareert de verzekerde zelf kosten bij zijn of haar ziekenfonds. Het gaat hierbij om zogenoemde spoedeisende hulp. Voor nadere details wordt verwezen naar bijlage 4. Het gaat hierbij om zowel spoedeisende hulp in Nederland als in het buitenland<sup>13</sup>. Gezien het verzoek van de minister besteden wij hier meer uitgebreid aandacht aan de hulp in het buitenland.

Voor hulp in het buitenland geldt een aantal administratieve procedures. In beginsel moet een verzekerde een zogenoemd E111 formulier van zijn ziekenfonds bij zich hebben. In de

---

<sup>13</sup> Kosten voor zorg tijdens vakantie in het buitenland mogen slechts ten laste van de ZFW worden gebracht als het gaat om kosten voor spoedeisende hulp in een verdragsland. Is dit niet het geval dan moeten de kosten ten laste van de private aanvullende verzekering dan wel de private reisverzekering komen. Ziekenfondsen hanteren bepaalde procedures om één en ander te scheiden.

De spoedeisende hulp in het buitenland (inclusief hulp die hieraan gelijk te stellen is, zoals bijvoorbeeld nierdialyse) is te onderscheiden van niet-spoedeisende hulp in het buitenland. Deze laatste vorm geschiedt over het algemeen op basis van toestemming van de verzekeraar vooraf bij instellingen waarmee het ziekenfonds overeenkomsten heeft gesloten.



verdragslanden, waarvoor dit formulier geldig is, kan de verzekerde bij spoedeisende hulp op vertoon zorg in natura krijgen.<sup>14</sup> De kosten worden via een daarvoor aangewezen buitenlands orgaan en het in Nederland aangewezen orgaan (= CVZ) verrekend. In die gevallen is er dus geen risico op misbruik (aanpassen bedrag nota, et cetera) door de verzekerde.

In sommige gevallen (bijvoorbeeld omdat de verzekerde formulier E111 niet bij zich heeft, of omdat de buitenlandse aanbieder contante betaling eist) wordt de zorg niet in natura verleend, maar betaalt de verzekerde eerst zelf en declareert dan bij zijn verzekering. Hier loopt het ziekenfonds risico dat de declaratie door de verzekerde niet correct is.<sup>15</sup> Het risico dat iemand anders dan de verzekerde zorg geniet is niet geheel afgedekt (zie vorige paragraaf).

Financiële afhandeling van zorg tijdens vakantie in het buitenland vergt veel specialistische kennis. Ook is het niet eenvoudig om vast te stellen of de juiste zorg daadwerkelijk is geleverd (materiële controle). Dit laatste geldt ook voor zorg genoten in Nederland, maar voor zorg in het buitenland des te meer. Wel kan worden gesteld dat de ziekenfondsen juist declaraties van zorg in het buitenland met meer dan gemiddelde belangstelling behandelen. Ziekenfondsen hanteren interne procedures om vervalste facturen te detecteren.

Er is geen informatie beschikbaar over de mogelijke omvang van misbruik op dit onderdeel. Wel is er informatie over de betreffende geldstroom op macroniveau. In 2001 is in totaal ongeveer € 110 miljoen aan kosten in het kader van de ZFW verrekend. Hiervan komt € 10 miljoen voor rekening van de kosten verstrekkingen van de ziekenfondsen. Het betreft over het algemeen zorg in het buitenland waarvoor ziekenfondsen vooraf machtiging verlenen. Steeds meer betreft het ook zorg waarvoor overeenkomsten met buitenlandse instellingen zijn afgesloten. Het uiteindelijke misbruikrisico is klein. De resterende € 100 miljoen bestaat onder meer uit kosten Duitse en Belgische grensarbeiders werkzaam in Nederland (€ 14 miljoen), kosten die uiteindelijk ten laste komen van buitenlandse zorgverzekeringen (€ 34 miljoen), kosten bij tijdelijk verblijf in het buitenland die door verzekerden zelf zijn betaald (€ 15 miljoen) en kosten bij verblijf in Nederland van in het buitenland wonende personen (€ 21 miljoen). Voor het merendeel van deze kosten zijn er robuuste procedures en internationale verrekeningssystematieken die tot lage misbruikrisico's leiden<sup>16</sup>. Specifieke aandacht is nodig voor de rechtstreekse declaraties door verzekerden in verband met tijdelijk verblijf in het buitenland (bijvoorbeeld tijdens vakantie). Het gaat om circa € 15 miljoen, ofwel 0,1% van de totale kosten van verstrekkingen in de ZFW. Een nadere analyse leert dat de meeste kosten in Turkije worden gemaakt (€ 2,9 miljoen, gevolgd door Spanje

---

<sup>14</sup> De verdragslanden zijn: Griekenland, België, Frankrijk, Spanje, Italië, Oostenrijk, Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Zweden, Noorwegen, Duitsland, Turkije, Marokko, Tunesië, Kaapverdië, Portugal, Luxemburg, Ierland, IJsland, Finland, Ex-Joegoslavië en Liechtenstein.

<sup>15</sup> In de politieke discussie werd ook het voorbeeld genoemd van gekochte rekeningen voor verblijf in een zorginstelling terwijl het eigenlijk om verblijf in een hotel in Cairo ging. Aangezien Egypte geen verdragsland is, staat dit buiten de publiekrechtelijke verzekeringen.

<sup>16</sup> De kosten bij verblijf in Nederland van in het buitenland wonende personen worden vrijwel uitsluitend afgewikkeld via het daarvoor aangewezen ziekenfonds ANOZ afdeling Buitenland. Dit ziekenfonds beschikt over veel kennis en ervaring op dit terrein.

(€2,8 miljoen), Duitsland (€ 1,9 miljoen), België (€ 1,5 miljoen), Frankrijk en Zweden (elk € 1,4 miljoen). De overige landen liggen onder de € 1 miljoen, bijvoorbeeld Italië (€ 0,9 miljoen) en Marokko (€ 0,5 miljoen). Deze top acht is goed voor ruim 90% van de totale kosten op dit onderdeel.

Welk deel van de € 15 miljoen als misbruik moet worden aangemerkt, is niet bekend. Er wordt opgemerkt dat ziekenfondsen bij de verwerking van deze declaraties meer dan gemiddeld aandacht hebben. Het is de vraag hoe een kosten-baten afweging van eventuele extra *generieke* beheersingsmaatregelen uitvalt en hoe zo'n maatregel dan vorm moet krijgen. Zeker ook als rekening gehouden wordt met de versnippering over de diverse verdragslanden. Het ligt meer voor de hand om op basis van een gerichte risicoanalyse en/of op basis van signalen zonodig specifieke maatregelen te treffen. Het treffen van sancties in de publieke zorgverzekering richting frauderende verzekerden bij het declareren kan volgens de uitvoeringstoets van het CVZ vorm krijgen door de zorgverzekeraar de bevoegdheid te geven om in geval van aangetoonde declaratiefraude de betreffende verzekerde gedurende een zekere periode de mogelijkheid te ontfemen om kosten voor medische zorg te declareren. Hierover moet nog nadere besluitvorming plaatsvinden.

Het CTZ wijst nog op een onduidelijkheid over de cijfers, zoals genoemd in de discussie in de Tweede Kamer. In het rapport over het onderzoek *Reden tot zorg* van Compliance Methodology Consultants (CMC) is sprake van een bedrag van rond € 1,2 miljard aan kosten zorgverlening buitenland. Volgens de experts betrokken bij het onderzoek is rond 25% van deze nota's fout (€ 300 miljoen). Hiervan wordt door de experts ongeveer 2/3 als misbruik aangemerkt (€ 200 miljoen). De € 1,2 miljard aan totale kosten zorgverlening buitenland is gebaseerd op een indirecte schatting van de experts. Uit de statistieken over de publiek-rechtelijke zorgverzekering (ZFW en AWBZ) volgt een totaalbedrag voor zorg met een 'buitenlandcomponent' dat aanzienlijk lager is (in de orde van grootte van € 110 miljoen). Het is voor het CTZ niet verklaarbaar waar de resterende € 1,1 miljard betrekking op heeft, en in het verlengde hiervan is niet duidelijk hoe reëel de schatting van het misbruik is.

### **3.4 Misbruik ZFW door zorgaanbieders**

#### **3.4.1 Risicoanalyse misbruik ZFW zorgaanbieders op algemeen niveau**

Bij diverse verstrekkingen is sprake van een systeem van bekostiging waarbij mogelijkheden tot misbruik nauwelijks aanwezig zijn, in die zin dat de aanbieder daarbij niet of nauwelijks belang heeft bij het bewust verstrekken van foute informatie bij declaraties. Voorbeelden zijn de eerder beschreven budgettering van de ziekenhuizen, de lumpsum specialistische zorg en de abonnementstarieven van huisartsen.

Mogelijkheden tot misbruik die resteren zijn vooral situaties waarbij er wel mogelijkheden bestaan tot het declareren van (aanvullende) prestaties of verrichtingen, buiten een eventueel budget, lumpsum of abonnementstarief om. De mogelijkheden vallen daarbij grofweg in tweeën uiteen. Ten eerste kan de zorgaanbieder een te hoge declaratie indienen

door bewust misbruik te maken van de tariefstructuur. Zonder uitpuddend te willen zijn, kan hierbij gedacht worden aan het declareren van een andere zorgzwaarte met een hoger tarief, onjuist in rekening brengen van avond- en weekendtarieven, ongeoorloofd knippen van recepten en dergelijke. Ten tweede kan een zorgaanbieder declareren voor niet geleverde zorg.

Misbruik kan daarnaast optreden wanneer een aanbieder bewust iets doet of nalaat, waardoor de verzekerde zorg ontvangt ten laste van de ZFW, waar hij geen recht op heeft. Als voorbeeld kan worden genoemd de vergoeding voor bepaalde zelfzorggeneesmiddelen (bijvoorbeeld pijnstillers, of ontstekingsremmers). Een verzekerde heeft daar alleen recht op indien hij deze middelen voor chronisch gebruik krijgt voorgeschreven. Een huisarts kan ten onrechte aan een recept de kwalificatie 'chronisch' toevoegen, om patiënten/verzekerden bij wie geen noodzaak tot chronisch gebruik bestaat, kosten te besparen. Ook dit gedrag kan worden gezien als een vorm van misbruik, omdat er kosten ten laste van de wettelijke verzekering worden gebracht, terwijl de wetgever uitdrukkelijk heeft besloten dat niet-chronisch gebruik van zelfzorggeneesmiddelen geen onderdeel uitmaakt van het ziekenfondspakket. Er zij opgemerkt dat de voorschrijver hier zelf geen direct financieel voordeel bij heeft.

De beheersing van misbruik geschiedt door een reeks controlemaatregelen, die beschreven zijn in paragraaf 3.2. Het gaat hierbij om formele, verbands- en materiële controles door de ziekenfondsen op declaraties van aanbieders. Via deze controles moet worden vastgesteld of de gedeclareerde zorg onderdeel uitmaakt van de aanspraak ZFW, of er een geldige indicatie aan de gedeclareerde zorg ten grondslag ligt, een geldig tarief is gehanteerd en of de zorg daadwerkelijk is geleverd. Het CTZ houdt toezicht op de uitvoering van deze controles door de ziekenfondsen.

In de ziekenfondsverzekering is een aantal beheersingsmaatregelen in de vorm van een set van controlemaatregelen aanwezig. Deze bieden bij goede uitvoering voldoende waarborgen om misbruik van declaraties te voorkomen. Uit de toezichtbevindingen van het CTZ blijkt dat de uitvoering van de formele en verbandscontroles over het algemeen op goede wijze plaatsvindt. Vrijwel alle ziekenfondsen hebben deze formele controles in hun geautomatiseerde administratieve processen verankerd, zodat deze controles standaard bij de verwerking van declaraties worden uitgevoerd. Het komt voor dat gedurende een bepaalde tijd, bijvoorbeeld in verband met tijdsdruk, deze controles niet uitgevoerd worden. Het ziekenfonds wordt dan geacht door middel van controlemaatregelen achteraf alsnog de correcte verwerking te beoordelen. Uit de bevindingen van het CTZ blijkt dat het voorkomt dat zo'n achteraf-controle niet altijd wordt gedaan. Ook moeten ziekenfondsen meer aandacht geven aan controle op geautoriseerde verwijzing, bijvoorbeeld via verwijskaartencontrole.

Vooraf de uitvoering van de materiële controles is nog niet op voldoende niveau. Uit de bevindingen van het CTZ blijkt, zoals eerder al aangegeven, dat de ziekenfondsen de laatste jaren weliswaar meer aandacht voor deze controles hebben, maar dat de uitvoering in de

praktijk verbeterd dient te worden. Receptencontroles worden door de meeste ziekenfondsen te weinig uitgevoerd.

Van onderbouwde integrale gegevens over de omvang van het misbruik bij declaraties door zorgaanbieders is geen sprake. Er is slechts fragmentarisch inzicht in de resultaten van de controles en de uitkomsten laten een generalisatie niet toe. In 2002 heeft een aantal ziekenfondsen als vorm van materiële controle op basis van een steekproef de ontvangen declaraties teruggekoppeld aan de verzekerden met het verzoek te beoordelen of de gedeclareerde zorg daadwerkelijk is geleverd. Op dit moment laat de stand van zaken nog niet toe om conclusies te trekken over de effectiviteit en de effecten van deze aanpak. Het verdient aanbeveling om op basis van een evaluatie van deze initiatieven te beoordelen of deze wijze van controleren navolging verdient. Overigens is wel duidelijk dat dit geen goed middel is om vast te stellen of de voor de aandoening *passende* zorg is geleverd, aangezien de patiënt dit doorgaans niet kan beoordelen.

### **3.4.2 Risicoanalyse misbruik ZFW zorgaanbieders per verstrekking**

Eén van de belangrijkste risicogebieden in de ZFW is het declareren door zorgaanbieders. In deze paragraaf worden de uitkomsten van een analyse op hoofdlijnen per verstrekking weergegeven. Het doel van de analyse is aan te geven welke verstrekkingen bijzondere aandacht behoeven omdat er van risico op misbruik sprake is. Overigens zij opgemerkt dat de verstrekkingen waarvoor geen bijzondere aandacht wordt gevraagd niet geheel buiten beeld zouden kunnen blijven. Ook voor die verstrekkingen is het (ook vanuit preventief oogpunt) van belang dat zij regelmatig tegen het licht worden gehouden.

Of bijzondere aandacht nodig is, heeft het CTZ beoordeeld aan de hand van de bij het CTZ aanwezige kennis en ervaring, op basis van vijf criteria: (1) de mogelijkheden tot misbruik gelet op de aard van de verstrekking (in de tabel aangeduid met *risicogevoeligheid aard verstrekking*), (2) de omvang/kosten van de verstrekking in 2001 in miljoenen euro (*totale omvang*), (3) de omvang/kosten die onder een specifieke risicobeperkende bekostigings-systematiek vallen (*kosten onder bekostigingssystematiek*), (4) het deel van de kosten dat buiten deze bekostigingsproblematiek blijft (*kosten niet onder bekostigingssystematiek*) en (5) de mate van uitvoering en de effectiviteit van de overige beheersingsmaatregelen (*meer beheersing nodig?*).

Ter toelichting op de toepassing van de criteria het volgende. De ene verstrekking biedt meer mogelijkheden voor misbruik dan de andere. Dit kan het gevolg zijn van de definiëring van de verstrekking (bijvoorbeeld de knip bij fysiotherapie: in het algemeen maximaal negen behandelingen ten laste van de ZFW). Het kan ook het gevolg zijn van de detaillering van de verstrekking in deelverrichtingen met verschillende tarieven (bijvoorbeeld bij tandheelkundige hulp). Als een verstrekking veel mogelijkheden biedt dan levert dit de score '+' op, ofwel er is *meer* reden voor bijzondere aandacht; anders is de score '-'.

De omvang van de verstrekking is getypeerd door de kosten, die in 2001 voor de diverse onderdelen ten laste van de ZFW zijn gebracht. Het betreft nog voorlopige gegevens (bron: CVZorgcijfers 1997-2001).

Bij sommige verstrekkingen is sprake van bijzondere bekostigingsstructuren, die de mogelijkheden voor misbruik beperken (zie paragraaf 3.2 voor details). Een voorbeeld is het abonnementstarief bij huisartsen: een groot deel van de bekostiging van de huisartsen loopt betrekkelijk risicoloos via de abonnementstarieven voor op naam ingeschreven verzekerden. In het geval van de huisarts gaat het hierbij om ongeveer € 780 miljoen van de in totaal € 820 miljoen. De kosten die niet onder de bekostigingssystematiek vallen zijn in het geval van de huisartsenzorg dus rond € 40 miljoen. Van het totale bedrag aan huisartsenzorg valt ongeveer 95% onder de speciale bekostigingssystematiek. Dit deel heeft een laag risico. Het resterende deel biedt meer mogelijkheden voor misbruik. De overige beheersingsmaatregelen moeten zich vooral hierop richten, zonder overigens het andere deel compleet buiten beschouwing te laten.

In de vorige paragraaf is al stilgestaan bij de uitvoering van de diverse beheersingsmaatregelen door ziekenfondsen. Het gaat hierbij om de formele, verbands- en materiële controles. Vooral de laatste controles, zo is de algemene conclusie, worden onvoldoende uitgevoerd. Voor sommige verstrekkingen is een goede uitvoering van de formele en verbandscontroles al voldoende om effectief de risico's te beheersen. Het vijfde criterium brengt dit in beeld. Hierbij betekent een '-' ('+') dat de huidige beheersing de noodzaak voor bijzondere aandacht verlaagt (verhoogt).

De score op de diverse criteria is gebaseerd op de expertise bij het CTZ. In tabel 3.1 is een overzicht gegeven van de uitkomsten.

Tabel 3.1 Beoordeling bijzondere aandacht per verstrekking

<i>Verstrekking</i>	<b>H</b>	<b>T</b>	<b>P</b>	<b>V</b>	<b>K</b>	<b>ZH</b>	<b>S</b>	<b>Z</b>	<b>F</b>	<b>HM</b>
<b>Criterion</b>										
Risicogevoeligheid aard verstrekking	+	+	+	-	-	+	+	+	+	+
Omvang (€ mln)	820	305	505	85	180	6840	940	295	2705	625
Kosten onder bekostigingssystematiek	780 a)	135 b)				6840 c)	940 d)	170 e)		
Kosten niet onder bekostigingssystematiek	40	170	505	85	180	'0'	40	125	2705	625
Meer beheersing nodig?	-	+	+	-	-	-/+	-/+	+	+	+
<b>Bijzondere aandacht</b>	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Nee</b>	<b>J/N</b>	<b>J/N</b>	<b>Ja</b>	<b>Ja</b>	<b>Ja</b>

+ : meer reden voor bijzondere aandacht      - : minder reden

H: huisartsenzorg      ZH: ziekenhuiszorg

T:	tandheelkundige hulp	S:	specialistische hulp
P:	paramedische hulp	Z:	ziekenvervoer
V:	verloskundige hulp	F:	farmaceutische hulp
K:	kraamzorg	HM:	hulpmiddelen

a):	abonnementstarief	c:	ziekenhuisbudgettering	e:	budget ambulancevervoer
b):	vast tarief preventie volwassenen	d:	lumpsum		

De aard van de verstrekking huisartsenzorg biedt mogelijkheden voor misbruik. Het overgrote deel van de kosten loopt via de speciale bekostigingssystematiek. De huidige uitvoering en inzet van beheersingsmaatregelen door ziekenfondsen is van dien aard dat de risico's voldoende worden gemitigeerd. De eindconclusie is dat deze verstrekking geen *bijzondere* aandacht behoeft. De aard van de verstrekkingen verloskundige zorg en kraamzorg, in combinatie met het feit dat er afdoende overige beheersingsmaatregelen (formele controles en verbandscontroles) door ziekenfondsen worden ingezet, leidt ook hier tot de conclusie dat voor deze twee verstrekkingen geen bijzondere aandacht nodig is.

De aard van de verstrekking ziekenhuiszorg en specialistische zorg is complex en van dien aard dat dit op zich om bijzondere aandacht vraagt. Vrijwel het gehele bedrag valt onder bijzondere bekostigingssystemen die de mogelijkheden op misbruik danig inperken. Hierbij is wel een aantal kanttekeningen te plaatsen. Het is mogelijk om aanvullende kosten in rekening te brengen in aanvulling op de gebudgetteerde kosten. Ook is er in het kader van het 'boter bij de vis' principe mogelijk extra geld te krijgen voor aanvullende productie in het kader van de bestrijding van de wachtlijsten. Uit onderzoek van het CTG blijkt dat ziekenhuizen in 2001 voor € 31,2 miljoen aan toeslagen voor wachtlijstproductie hebben gerealiseerd. Ten opzicht van de totale kosten ziekenhuiszorg is dit een (nog) verwaarloosbaar bedrag.<sup>17</sup>

Duidelijk is wel dat aanvullende mogelijkheden om buiten de budgettering kosten in rekening te brengen in het kader van het misbruik aandacht vragen. Daarbij moet ook het vollopen van de reguliere productie worden betrokken. Naarmate meer buiten de budgettering valt, neemt het risico toe. In dit kader is ook de ontwikkeling in de richting van de behandel-diagnose-combinaties (DBC's) van belang. Hierbij wordt de budgettering compleet losgelaten en dit vraagt dan om een grondige heroverweging van het totaal aan beheersingsmaatregelen.

Uit de tabel blijkt dat met name de verstrekkingen tandheelkundige hulp, paramedische hulp, ziekenvervoer (met uitzondering van het ambulancevervoer), farmaceutische hulp en hulpmiddelen bijzondere aandacht verdienen. Over het algemeen moet de aanpak gezocht worden in een verbetering van de uitvoering van de materiële controles door ziekenfondsen. De ziekenfondsen zijn zelf verantwoordelijk voor het opzetten en uitvoeren van de materiële controles. Zij moeten dit vormgeven op basis van eigen risicoanalyses. Op basis van de bij het CTZ beschikbare informatie kan worden geconcludeerd, dat de volgende verstrekkingen hoog op de agenda van de ziekenfondsen staan: farmaceutische hulp, tandheelkundige hulp, paramedische zorg en hulpmiddelen. Deze aandachtgebieden bij de ziekenfondsen zijn

---

<sup>17</sup> De medisch-specialistische hulp door Zelfstandige Behandelcentra (ZBC's) is in de tabel buiten beschouwing gelaten. ZBC's worden volledig betaald op basis van hun prestaties. Het CTG stelt per ZBC tarieven vast.

grosso modo in lijn met de belangrijkste aandachtsgebieden zoals die hierboven zijn aangegeven.

In het kader van het uitvoeren van de materiële controles moeten deze verstrekkingen nadrukkelijk aan de orde komen. Dit wil overigens niet zeggen dat andere verstrekkingen compleet buiten beeld kunnen blijven. Zo kunnen andere aspecten, bijvoorbeeld een algemeen ongenoegen over de hoogte van de vergoedingen, reden voor bijzondere aandacht zijn.

Zoals al eerder opgemerkt, besteden de ziekenfondsen steeds meer aandacht aan de bestrijding van misbruik. Daarbij krijgen de materiële controles meer aandacht. Het verdient aanbeveling de uitkomsten van deze ontwikkeling af te wachten en op basis van de geboekte resultaten te bezien of aanvullende (toezicht-)maatregelen noodzakelijk zijn. Het CTZ zal de ontwikkelingen de komende jaren nadrukkelijk in zijn toezicht betrekken.

### **3.5 Misbruik ZFW door ziekenfondsen**

De belangrijkste mogelijkheden van misbruik door ziekenfondsen zijn: het verwerven van een hoger budget dan waarop het fonds recht heeft door een verkeerde opgave van de budgetparameters; het brengen van kosten van verstrekkingen onder rubrieken met een gunstiger nacalculatieregime; het rechtstreeks met de Algemene Kas verrekenen van kosten, in plaats van via de gebudgetteerde kosten van verstrekkingen en het ten onrechte brengen van kosten ten laste van de publieke verzekering, in plaats van ten laste van de (aanvullende) particuliere verzekering.

Het CTZ komt op basis van zijn risicoanalyse tot de conclusie dat de bestaande beheersingsmaatregelen voldoende waarborgen bieden voor het voorkomen of tegengaan van misbruik door ziekenfondsen. Het CTZ en voorheen de CTU zijn van oudsher alert op deze mogelijkheden tot misbruik. Het CTZ verlangt, tezamen met het CVZ, een gedegen verantwoording met de nodige specificaties op dit punt. Die verantwoording wordt gecontroleerd door de externe accountant, die in een protocol aandachtpunten en controletoleranties mee krijgt. Op het goed functioneren daarvan oefent het CTZ expliciet toezicht uit. Er zijn derhalve geen specifieke aandachtpunten.

### **3.6 Misbruik ZFW door concerns**

#### *Toerekening beheerskosten*

Ziekenfondsen maken in toenemende mate deel uit van concerns, die ook andere activiteiten verrichten. Veel ziekenfondsen hebben delen van hun werkzaamheden, bijvoorbeeld de financiële administratie, zorginkoop en het beheer van het verzekerdenbestand uitbesteed,

vaak intern aan concernonderdelen. De mogelijkheid tot misbruik is erin gelegen dat er teveel beheerskosten aan het bedrijfsonderdeel 'ziekenfonds' worden toebedeeld.

De kosten van beheer moeten zoveel mogelijk rechtstreeks aan de diverse bedrijfsonderdelen worden toegerekend. Waar rechtstreekse toerekening niet mogelijk is, dienen de kosten integraal, op basis van onderbouwde verdeelsleutels, te worden toegerekend. In ieder geval moet de wijze van toerekening transparant en maatschappelijk aanvaardbaar zijn en schriftelijk worden vastgelegd. De toerekening van de beheerskosten valt onder het rechtstreekse toezicht van het CTZ. Op dit moment ontwikkelt het CVZ voorschriften voor de toerekening van beheerskosten.

#### *Opbrengsten beleggingen en renten*

Ziekenfondsen hebben hun reserves veelal gezamenlijk met reserves van andere onderdelen van het concern belegd. Daarbij bestaat de mogelijkheid dat opbrengsten relatief in te geringe mate en kosten in te grote mate aan de publiekrechtelijke verzekering worden toegerekend.

Voor de beleggingen is, met ingang van 1 januari 2001, de Regeling beleggingsvoorschriften ziekenfondsen van kracht geworden. De regeling geeft voorschriften voor beleggingen om de financiële risico's te beperken. Ook bevat de regeling voorschriften ten aanzien van de transparantie en de controleerbaarheid. De wijze waarop ziekenfondsen hieraan invulling geven valt onder het toezicht van het CTZ.

Uit het recente speerpuntenonderzoek van het CTZ naar beleggingen en solvabiliteit van ziekenfondsen is gebleken dat een en ander over het algemeen goed wordt ingevuld. Wel is er uitstel tot 1 juli 2003 verleend om de beleggingsportefeuille volledig in overeenstemming te brengen met de regelgeving. Er zijn geen specifieke aandachtspunten.

#### *Kosten particuliere verzekering ten laste van ZFW*

In theorie hebben de concerns met een ziekenfonds in hun groep de mogelijkheid om kosten van verstrekkingen aan particulier verzekerden te verantwoorden als kosten van ziekenfondsverzekerden. Eerder is al beschreven (3.2. Kenmerken systemen ZFW, formele en materiële controles), dat ziekenfondsen bij de declaratiebehandeling integraal controleren of de gedeclareerde zorg wel hun ziekenfondsverzekerden betreft. Daarom wordt dit theoretische risico hier niet verder behandeld.

### **3.7 Risicoanalyse misbruik ZFW door employees**

Bij ziekenfondsen zijn er omvangrijke geldstromen. Een groot aantal declaraties van een groot aantal verschillende declaranten wordt jaarlijks verwerkt. Dit stelt hoge eisen aan de administratieve organisatie.

Bij de zorginkoop van ziekenfondsen gaat het om grote bedragen. In sommige sectoren worden kortingen behaald, die uiteraard ten goede behoren te komen aan de publiekrecht-



lijke verzekeringen. Het is mogelijk dat individuele employees hier samenspannen met leveranciers ten koste van het publieke systeem.

De beheersing van deze mogelijkheden van misbruik is primair een zaak van de ziekenfondsen zelf. Het CTZ beoordeelt of een ziekenfonds daar voldoende aandacht voor heeft. De ziekenfondsen staat een aantal beheersingsmaatregelen ter beschikking. Zo kan er in de administratieve organisatie een scheiding gemaakt worden in de autorisaties voor invoeren, muteren, fiatteren, controleren en betalen van declaraties. Een andere goede maatregel is het voorbehouden van het muteren van vaste gegevens aan enkele vertrouwde personen.

Ziekenfondsen moeten zich over hun financieel beheer verantwoorden. De externe accountant controleert dat en rapporteert over dit onderdeel expliciet zijn bevindingen. Ook kunnen de ziekenfondsen een intern integriteitsbeleid hanteren. Tevens kan de controle op de naleving ervan onderdeel zijn van het takenpakket van de interne controleafdeling.

Uit het thematisch onderzoek *EDP-audit van ziekenfondsen* van het CTZ uit 2000 is gebleken dat in niet alle gevallen het toekennen en het beheer van autorisaties even volkomen is. Wel werd in hetzelfde onderzoek geconcludeerd dat ziekenfondsen deze onvolkomenheden mitigeren door bijvoorbeeld steekproefsgewijs achteraf te controleren. De afgelopen jaren hebben het CTZ slechts sporadisch berichten bereikt over misbruik door individuele employees van ziekenfondsen. Desondanks is een goede administratieve organisatie en een daarin begrepen interne controle een voortdurend punt van aandacht voor ziekenfondsen. Organisaties, en dus ook hun interne en administratieve organisatie, zijn nu eenmaal voortdurend in beweging.



## **4 Risicoanalyse misbruik AWBZ**

### **4.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de risicoanalyse voor de AWBZ weergegeven. Daarbij wordt eerst (paragraaf 4.2) ingegaan op een aantal kenmerken van het systeem, dat van belang is voor een goed begrip van de mogelijkheden tot misbruik en de beheersingsmaatregelen in de AWBZ. De risicoanalyse voor de AWBZ is opgedeeld in vijf deelanalyses:

- Misbruik AWBZ door verzekerden
- Misbruik AWBZ door zorgaanbieders
- Misbruik AWBZ door zorgkantoren
- Misbruik AWBZ door concerns
- Misbruik AWBZ door employees

In de paragrafen 4.3 tot en met 4.7 wordt stilgestaan bij de belangrijkste bevindingen. In bijlage 5 wordt meer gedetailleerd op één en ander ingegaan.

### **4.2 Kenmerken systeem AWBZ**

De AWBZ verzekert de kosten van geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging en zorg ter voorkoming van ziekten. In 2001 werd een bedrag van ruim € 15 miljard aan zorgaanpak uitgegeven. De AWBZ betaalt ook voorzieningen tot behoud, herstel of bevordering van de arbeidsgeschiktheid, verbetering van levensomstandigheden en de maatschappelijke dienstverlening. Bijna altijd gaat het om zorg die intensief en langdurig is. Omdat het gaat om risico's, die op zichzelf niet zo groot zijn, maar in voorkomende gevallen hoge kosten met zich brengen, wordt gesproken van bijzondere ziektekosten.

De AWBZ is een volksverzekering. Verzekerd zijn de ingezetenen van Nederland en niet-ingezetenen, die in Nederland in loondienst werken. De wettelijke premie wordt via de loon- en inkomstenbelasting geïnd. Mensen die aanspraak maken op AWBZ-voorzieningen betalen vaak een eigen bijdrage. De verzekerde die voor AWBZ-zorg geïndiceerd is, kan zich wenden tot elke zorgverlener of instelling, die AWBZ-zorg levert.

Inschrijving bij een ziekenfonds, een particuliere ziektekostenverzekeraar of een uitvoerend orgaan van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, geldt tegelijkertijd als inschrijving voor de AWBZ. Deze verzekeraars zijn tevens uitvoerder van de AWBZ. Zij hebben hun wettelijke taken grotendeels via mandaat of machtiging overgedragen aan zorgkantoren. Ook de AWBZ is een naturaverzekering.

Anders dan in de ZFW zijn de uitvoerders van de AWBZ, de verzekeraars, niet gebudgetteerd voor de kosten van verstrekkingen en eigen bijdragen ingevolge de AWBZ. Door of namens hen gemaakte kosten van verstrekkingen en geïncasseerde bijdragen komen in principe geheel voor rekening van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. De uitvoerders

dragen slechts risico voor de beheerskosten, waarvoor zij een vast budget ontvangen waarop niet wordt nagecalculeerd.

Nagenoeg alle 'AWBZ-zorgaanbieders' zijn voor die AWBZ-zorg op enigerlei wijze gebudgetteerd. In zeer beperkte mate (< 1% van de totale kosten) worden nog afzonderlijke kosten boven het budget vergoed. De budgetten voor de zorgaanbieders komen in onderhandeling tot stand en worden gefiatteerd door het CTG.

In toenemende mate maken instellingen, die AWBZ-zorg verlenen, deel uit van een hybride samenwerkingsverband, waarin zowel publieke als private activiteiten worden uitgeoefend. Dan ontstaat het risico dat publieke middelen worden aangewend voor particuliere activiteiten.

Net als in de ZFW zijn in de AWBZ betalingen alleen geoorloofd voor zover het gaat om AWBZ-zorg, verleend aan verzekerden ingevolge de AWBZ, waarvoor de verzekerde is geïndiceerd en tegen het wettelijke tarief. De zorgkantoren zijn, net zoals de ziekenfondsen in de ZFW, gehouden na te gaan of de betalingen die door of namens hen geschieden, voldoen aan deze eisen. Ook hier voeren zij op analoge wijze formele en materiële controles uit.

#### **4.3 Misbruik AWBZ door verzekerden**

In de AWBZ heeft een verzekerde (of iemand die zich onterecht als zodanig voordoet) in principe de volgende mogelijkheden om misbruik van de AWBZ te maken.

- Hij kan zich als AWBZ-verzekerde voordoen, terwijl hij dat in feite niet is. Gegeven de kring van verzekerden, alle ingezetenen, ligt het risico op misbruik door verzekerden in de AWBZ totaal anders dan in de ZFW. Nagenoeg iedereen in Nederland is immers van rechtswege verzekerd ingevolge de AWBZ.
- Hij kan declaraties voor niet genoten zorg in het buitenland bij het zorgkantoor aanbieden. De AWBZ kent (beperkte) mogelijkheden tot restitutie van kosten van zorg, genoten in het buitenland. Die mogelijkheden worden beperkt, doordat er strikte voorwaarden en maximale vergoedingen zijn vastgesteld. De mogelijkheden tot controle van de nota zijn beperkt. Formele controles kunnen wel, materiële controles kunnen veel minder worden uitgevoerd. Die worden al gauw veel te kostbaar in relatie tot het gedeclareerde bedrag. Gegeven het feit dat het hier gaat om 0,04% van de totale AWBZ-uitgaven ofwel circa € 6 miljoen, is dit een betrekkelijk gering financieel risico.
- Hij kan het persoonsgebonden budget (pgb) anders aanwenden dan waarvoor hij het heeft verkregen. Dit risico is inherent aan het fenomeen pgb en slechts met stevige bureaucratie te bestrijden. Het is maar de vraag of dat nodig is. Uiteindelijk heeft iedereen met een pgb van het onafhankelijke regionale indicatie orgaan een indicatie voor zorg gekregen. Anders gezegd, hij heeft de zorg waarvoor hij geld krijgt ook

dringend nodig. De kans dat hij of zijn vertegenwoordiger het dan anders aanwendt, is dan niet zo groot meer en wordt verder verkleind door de plicht tot verantwoording over de besteding.

- Hij kan onjuiste gegevens over zijn burgerlijke staat en inkomen verstrekken om daardoor minder of geen eigen bijdrage te betalen. Die gegevens worden echter geverifieerd bij of ontleend aan de bestanden bij de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) en de Belastingdienst. Daarmee wordt dit risico bestreden. Die controles worden overigens niet door de zorgkantoren, maar exclusief door het CAK verricht.

Tot slot nog twee opmerkingen.

Een illegaal in Nederland verblijvend persoon is geen ingezetene. Als een illegaal zich toch als ingezetene voordoet, is de kans op ontdekking zeer groot. Niet alleen omdat zijn gegevens worden geverifieerd bij de GBA en de Belastingdienst in verband met de bijdrageplicht, maar ook en vooral omdat hij langdurig in het 'zorgcircuit' verblijft en met veel verschillende personen en instanties te maken heeft. Even een pas lenen om snel een verstrekking te genieten is niet aan de orde.

Alle AWBZ-zorg wordt in Nederland in natura verstrekt. Betaling ervan gaat geheel buiten de verzekerde om. Misbruik door hem is daarmee uitgesloten.

De conclusie is dan ook dat er slechts zeer beperkte mogelijkheden zijn voor misbruik van de AWBZ door verzekerden. Die mogelijkheden zijn voldoende door beheersingsmaatregelen afgedekt.

#### **4.4 Misbruik AWBZ door zorgaanbieders**

##### **4.4.1 Misbruik AWBZ door zorgaanbieders op algemeen niveau**

###### *Mogelijkheden misbruik*

Het overgrote deel van de zorg ingevolge de AWBZ wordt geleverd door instellingen. Dat verkleint het risico op misbruik (met als doelstelling *persoonlijke* verrijking) al aanzienlijk. Die instellingen zijn verder bijna altijd gebudgetteerd. Die budgetten komen tot stand in onderhandeling tussen instelling en zorgkantoor met budgetparameters als basis en de budgetten worden uiteindelijk gefiatteerd door het CTG. Ook dat verkleint de risico's op misbruik.

Het CTZ meent dat er in de AWBZ slechts in beperkte mate risico bestaat dat door zorgaanbieders wordt gefraudeerd. Wel bestaan er risico's dat gelden oneigenlijk worden aangewend. Te denken valt aan de besteding van de 'wachtlijstmiddelen' en aan de aanwending van de *reserve aanvaarbare kosten (RAK)* voor oneigenlijke doeleinden. Nu in toenemende mate AWBZ-instellingen deel uitmaken van hybride samenwerkingsverbanden, waarin naast publieke ook particuliere activiteiten worden uitgevoerd, kan ook de kans toenemen dat publieke middelen privaat worden aangewend.

### *Beheersingsmaatregelen*

Het is de taak van het zorgkantoor in zijn periodieke onderhandeling over voorlopig en definitief budget alert te zijn op de ontwikkeling van overeengekomen en gerealiseerde productie. Daarbij komen ook de aanwending van de RAK en de besteding van de wachtlijst-middelen aan de orde. Het zorgkantoor kan zich bij deze onderhandelingen mede baseren op de rapportage van de externe accountant van de zorginstelling. Die externe accountant schenkt daarbij specifiek aandacht aan de ontwikkeling van de budgetparameters. Als daarnaast materiële controles worden uitgevoerd, wordt dit risico afdoende afgedekt. Dat gebeurt niet altijd, zowel door incidentele als structurele oorzaken. Die worden hierna toegelicht.

### *Knelpunten in de uitvoering*

De incidentele oorzaken hebben te maken met het niet alert genoeg reageren van zorgkantoren op ingediende begrotingen en jaarrekeningen van zorginstellingen. Zorgkantoren geven hieraan in het algemeen de nodige aandacht, maar het komt voor dat die aandacht bij individuele zorgkantoren verslapt. Het CTZ ziet hierop toe door in zijn periodieke onderzoeken eventuele omissies op dit terrein te signaleren en de oplossing ervan te blijven volgen. Verscherpt toezicht is slechts bij uitzondering voorgekomen en dan in combinatie met ander tekortschieten van het zorgkantoor/ziekenfonds.

De structurele oorzaken betreffen de thuiszorg. Daar is in het verleden een situatie gegroeid, dat zorgkantoren niet worden geïnformeerd over de zorg die aan individuele verzekerden wordt verstrekt. Evenmin zijn de zorgkantoren betrokken bij de vaststelling en incasso van de eigen bijdragen. Zij zijn daarom niet in staat verband te leggen tussen individuele behandelgegevens en geaggregeerde overzichten van begrote en gerealiseerde productie en daardoor minder in staat de juistheid van de gerealiseerde productie te beoordelen. Als gevolg daarvan is er het risico dat het niet direct ontdekt wordt als thuiszorginstellingen onjuiste productiegegevens aanleveren. Als zij bijvoorbeeld huishoudelijke zorguren zouden 'verkopen' als verplegingsuren of als zij meer productie-uren verantwoorden dan zij daadwerkelijk hebben geleverd.

Een dergelijk risico is financieel overzienbaar als de instelling gebudgetteerd is. Dan worden de kosten immers slechts tot een bepaald plafond vergoed. Ook dan is een dergelijke handelwijze maatschappelijk onverteerbaar. De thuiszorg kent echter een systeem van open einde-financiering, waarbij de werkelijke productie zonder plafond wordt vergoed. Het risico wordt nog verder vergroot, doordat het zorgkantoor niet geïnformeerd wordt over de zorg aan de individuele verzekerde. Voor het zorgkantoor is het niet mogelijk op basis van die micro-informatie geaggregeerde informatie samen te stellen om op basis daarvan materiële controles uit te oefenen.

Thuiszorg is een moeilijk uit te voeren verstrekking voor een zorgkantoor. Relatieve onbekendheid met de sector, nieuw toegelaten aanbieders naast en samen met traditionele instellingen, wisselende eisen aan de toegelaten aanbieders, samenhang met en onderscheid van andere vormen van zorg, (vermeende) onduidelijkheden over bevoegdheden en onge-

structureerde gegevensstromen maken het de zorgkantoren moeilijk goede thuiszorg te borgen en de naleving van gemaakte afspraken af te dwingen. Dat bleek al eerder in januari 2001 uit het onderzoek 'Rol zorgkantoren in de thuiszorg' van de CTU. Ten slotte komt het van oudsher in de thuiszorg voor dat wettelijke, publieke zorg geleverd wordt naast de private zorg.

#### *Risico's die aandacht behoeven*

Samenvattend: door het ontbreken van uniforme, gestructureerde informatie over de verleende zorg, in samenhang met de financieringsmethodiek en de aard van de zorg zoals die van oudsher is, bestaan er in de thuiszorg wel mogelijkheden dat de zorgaanbieder misbruik maakt van de AWBZ. Dat misbruik moet worden tegengegaan door het zorgkantoor, dat daarvoor over onvoldoende informatie beschikt.

#### **4.4.2 Misbruik AWBZ door zorgaanbieders per zorgaanspraak**

Conform de systematiek als beschreven onder 3.4.2 van dit rapport is ook voor de AWBZ nagegaan welke zorgaanspraken bijzondere aandacht behoeven. De uitkomsten zijn weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 4.1 beoordeling bijzondere aandacht per cluster van zorgaanspraken

<b>Verstrekking</b>	<b>GGZ</b>	<b>Geh. Zorg</b>	<b>Verpl.-huizen</b>	<b>Verz-huizen</b>	<b>Thuis-zorg</b>	<b>Preventie.</b>	<b>Overig</b>
<b> criterium</b>							
Risicogevoeligheid aard verstrekking	-	-	-	-	+	-	-
Omvang (€ mln) <sup>18</sup>	2759	3443	3824	2982	1954	213	131
Kosten onder bekostigings-systematiek	2677	3303	3800	2915	0	170	0
Kosten niet onder bekostigings-systematiek	82	140	24	67	1954	43	131
Meer beheersing nodig?	-	-	-	-	+	-	-
<b>Bijzondere aandacht</b>	<b>Nee</b>	<b>Nee</b>	<b>Nee</b>	<b>Nee</b>	<b>Ja</b>	<b>Nee</b>	<b>Nee</b>

+ : meer reden voor bijzondere aandacht

- : minder reden

GGZ : Geestelijke gezondheidszorg

Geh. Zorg : Gehandicaptenzorg

Verpl.-huizen : Verpleeghuizen

Verz-huizen : Verzorgingshuizen

Preventie : Vaccinatieprogramma, ouder- en kindzorg

<sup>18</sup> Omvang in 2001; Bron: CVZ zorgcijfers 1997-2001

Overig : (Academische) ziekenhuizen (> 365 dagen), tandheelkundige hulp in AWBZ-inrichtingen

Voor de categorieën GGZ, Gehandicaptenzorg, Verpleeghuizen en Verzorgingshuizen heeft het resterend risicobedrag uitsluitend betrekking op de voor 2001 bestede wachtlijst-middelen, volgens opgave van het CTG.

Deze analyse leidt tot de conclusie dat de thuiszorg bijzondere aandacht verdient. Feitelijk een bevestiging van de risicoanalyse op algemeen niveau.

#### **4.5 Misbruik AWBZ door uitvoerders AWBZ<sup>19</sup>**

De risico's, de beheersingsmaatregelen en de knelpunten in de uitvoering verschillen voor de AWBZ niet van die in de ZFW. Korthedshalve wordt daarom verwezen naar hoofdstuk 3.5. van dit rapport.

#### **4.6 Misbruik AWBZ door concerns**

De risico's, de beheersingsmaatregelen en de knelpunten in de uitvoering verschillen voor de AWBZ niet van die in de ZFW. Korthedshalve wordt daarom verwezen naar hoofdstuk 3.6. van dit rapport.

#### **4.7 Misbruik AWBZ door employees**

##### *Mogelijkheden misbruik*

Ook dit risico verschilt principieel niet van het overeenkomstige risico in de ZFW. Maar omdat de betalingsorganisatie in de AWBZ anders is geregeld wordt hier toch nog kort bij stilgestaan.

Het overgrote deel van de uitgaven in de AWBZ geschiedt door het Centraal Administratiekantoor AWBZ (CAK). Het CAK betaalt in opdracht van het zorgkantoor. Dat beperkt enerzijds de misbruikmogelijkheden door employees van het zorgkantoor en creëert tegelijk die mogelijkheid voor employees van het CAK. Daar is het risico bovendien groter in die zin, dat de geldbedragen bij het CAK een veelvoud zijn van die bij het zorgkantoor. Het risico van 'een greep in de kas' is daarom ernstiger omdat de kas zoveel meer gevuld is.

##### *Beheersingsmaatregelen*

Het is daarom van groot belang bij het CAK te zorgen voor een 'stevige betalingsorganisatie'. Dat heeft het CAK ook metterdaad geregeld door goede preventieve maatregelen als functiescheiding tussen betalingsvoorbereiding, betaling, registratie en controle. Daarnaast is het

---

<sup>19</sup> De ziekenfondsen, particuliere zorgverzekeraars en zorgkantoren. Zie overigens de noot bij 2.4 van dit rapport.



beheer van de vaste betalingsgegevens aan strikte voorwaarden onderworpen. In de represieve sfeer zijn eveneens passende maatregelen getroffen. De interne controlefunctionaris van het CAK (dagelijks), extern accountant (regelmatig) en het CTZ (bij periodiek onderzoek) bewaken de goede uitvoering van deze maatregelen.



## **BIJLAGEN**

1. Brief minister aan het CTZ dd. 14 februari 2003
2. Tabel 'Mogelijkheden misbruik publiekrechtelijke zorgverzekeringen
3. Ontwikkelingen in het M&O-beleid
4. Tabellen risicoanalyse misbruik in de ZFW
5. Tabellen risicoanalyse misbruik in de AWBZ



Bijlage 1: Brief minister aan het CTZ dd. 14 februari 2003

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Afd. CTZ Zaaknr.	INGEKOMEN CTZ 17 FEB 2003 Volgnr.: 23010106
---------------------	---

Handwritten: 07, 11, 15

De Voorzitter van het College toezicht zorgverzekeringen  
de heer prof.dr. W. van Voorden  
Postbus 459  
1180 AL AMSTELVEEN

Ons kenmerk  
Z/VU-2358280  
Onderwerp  
Fraudeanalyse zorgsector

Inlichtingen bij  
drs.F.P.P.Visser

Doorkiesnummer  
070-3407331  
Bijlage(n)

Den Haag  
14 FEB. 2003  
Uw brief

Geachte heer Van Voorden,

Berichten in de media over het vóórkomen van fraude in de zorg en schattingen over de omvang ervan vormden de reden voor een debat in de Tweede Kamer op 5 februari j.l. In het debat stonden de twee rapporten centraal die ook in de media de aandacht hadden getrokken. Het rapport "Reden tot zorg" van CMC/T11 in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het rapport "Zorg om zorgfraude" van de Fraude-unit Oost van het Openbaar Ministerie. Inmiddels zijn deze rapporten feitelijk openbaar.

Frauduleus handelen, zeker binnen de zorgsector, is schokkend en ik wil al het mogelijke ondernemen om te voorkomen dat fraude plaatsvindt. Daartoe moet in de eerste plaats goed in kaart zijn gebracht welke mogelijkheden er zijn tot frauduleus handelen en waar zich risico's daarop voordoen. Ik heb de Tweede Kamer toegezegd binnen een maand een overzicht in de vorm van een fraude-risicoanalyse op te doen stellen. Ik realiseer me dat het een grote inspanning zal vergen, om dit binnen deze periode te realiseren.

Om binnen deze periode tot de gevraagde analyse te komen is het nodig een beroep te doen op de beschikbare deskundigheid op de verschillende terreinen. Ik onderscheid daartoe in de brede sector van zorg en zorgverzekering drie terreinen: de publieke zorgverzekeringen, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de zorgaanbieders. Bij de analyses die de publiekrechtelijke en de particuliere en aanvullende verzekeringen betreffen, moet ook aandacht worden besteed aan de risico's van frauduleus handelen door verzekerden.

Ik vraag het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) om een fraude-risicoanalyse uit te voeren waar het gaat om de publiekrechtelijke zorgverzekeringen.  
Ik vraag het College tarieven gezondheidszorg om in samenspraak met de Economische Controledienst (FIOD-ECD) een dergelijke analyse uit te voeren op het terrein van de zorgaanbieders, te weten instellingen en individuele beroepsbeoefenaren.

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG  
Telefoon (070) 340 79 11  
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het postadres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.  
Internetadres:  
www.minvws.nl

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

Z/VU-2358280

VWS  
21

De Auditdienst van het ministerie van VWS draag ik op om een analyse te doen op het terrein van de particuliere ziektekostenverzekeringen en aanvullende verzekeringen. Omdat de beschikbare tijd geen ruimte laat om nieuw onderzoek te doen, ga ik ervan uit dat voor de gevraagde analyses gebruik wordt gemaakt van bestaand materiaal. Het spreekt voor zich dat waar de analyses onderwerpen behandelen die ook in een andere deelaanlyse voorkomen, er onderling informatie zal moeten worden uitgewisseld. Ik vraag de Auditdienst om ervoor te zorgen dat afstemming tussen de verschillende deelaanlyses tot stand komt.

Ik vraag u een adequate beschrijving aan te leveren van de mogelijkheden waarin fouten zich in de uitvoering van de verzekering en de bekostiging van zorg kunnen voordoen, en van de mogelijkheden dat iemand bewust een dergelijke fout maakt om er voordeel mee te behalen. Een beschrijving van de huidige organisatorische (preventieve) controlesystemen is daarbij onmisbaar, alsook van de wijze waarop daar al dan niet toezicht op wordt gehouden. Uit de beschrijving moet duidelijk worden welke maatregelen en welke inspanningen door de onderscheiden actoren worden getroffen om bepaalde risico's in te perken. Uiteindelijk ontstaat daarmee zicht op risico's op fouten en frauduleus handelen en de daarmee corresponderende beheersingsmaatregelen. Maatregel en geverge inspanning zullen in redelijke verhouding moeten staan tot de mogelijke fraude.

Dit laatste impliceert dat met de risicoanalyse niet alleen wordt beoogd zicht te krijgen op de aard van de fraude die hier aan de orde is, en de wijze waarop deze is te voorkomen. Ook is een inschatting nodig van de omvang waarin het probleem van fraude zich voordoet in het stelsel van zorg en verzekering. Ik ben me er echter van bewust dat er binnen de aangegeven periode geen mogelijkheden zijn om door middel van onderzoek het vraagstuk van de omvang te beantwoorden. Ik verzoek u daarom om op basis van bestaand materiaal na te gaan of er harde indicaties zijn over de omvang van de fraude waarop blijkens uw analyse kans bestaat.

Bijzondere onderwerpen waar ik aandacht voor vraag zijn de inschrijving bij een zorgverzekeraar, en de declaratie van zorg die iemand in het buitenland heeft gekregen. Deze onderwerpen hebben in het genoemde debat in de Tweede Kamer speciaal aandacht gekregen. Het onderscheid tussen de verschillende verzekeringen speelt hier een grote rol.

De risicoanalyse waaraan ik u vraag uw medewerking te verlenen zal ik aan de Tweede Kamer zenden. Ik zal in een later stadium conclusies trekken, een standpunt bepalen, eventuele voorstellen doen tot het treffen van maatregelen en de Tweede Kamer daarover informeren.

23010106



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

3

Kenmerk

Z/VU-2358280

VWS

Ik verzoek u uw werkzaamheden voor de u gevraagde risicoanalyse met voorrang uit te voeren en mij uiterlijk vier weken na dagtekening van deze brief te rapporteren over de uitkomsten ervan.

Voor uw informatie deel ik u mede dat ik binnen VWS een stuurgroep heb opgericht die de voortgang en samenhang van het onderzoek bewaakt. Deze stuurgroep staat onder leiding van de Secretaris-Generaal, mr. R. Bekker. Binnen het ministerie is mr. J.M.J. Palmen als projectleider aangewezen.

Een afschrift van deze brief zend ik aan de Voorzitter van de Tweede Kamer.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,



Handwritten signature of Mr. A.J. de Geus, consisting of a large, stylized 'A' and 'G' with a horizontal line through them.

mr. A.J. de Geus





Bijlage 2: Tabel 'Mogelijkheden misbruik publiekrechtelijke zorgverzekeringen'

	<b>Mogelijkheden misbruik publiekrechtelijke zorgverzekeringen</b>
	<b>Kosten voor zorg die niet tlv ZFW/AWBZ mag worden gedeclareerd</b>
<b>Geen recht op verzekering</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kosten gedeclareerd tlv ZFW/AWBZ voor zorg aan iemand die is ingeschreven als verzekerde terwijl geen recht op verzekering ZFW/AWBZ</li> <li>- Kosten gedeclareerd tlv ZFW/AWBZ voor zorg aan iemand die geen recht meer heeft op verzekering ZFW (niet tijdige uitschrijving)</li> <li>- Kosten gedeclareerd tlv ZFW/AWBZ voor zorg aan iemand die niet bij een zkfds/verzekeraar is ingeschreven</li> </ul>
<b>Zorg buiten pakket</b>	- Kosten gedeclareerd tlv ZFW/AWBZ voor zorg die niet valt onder verstrekkingenpakket ZFW/AWBZ
<b>Ontbreken indicatie</b>	- Kosten gedeclareerd tlv ZFW/AWBZ voor verzekerde zonder rechtsgeldige indicatie voor die zorg
<b>Geen geldig tarief</b>	- Kosten gedeclareerd tlv ZFW/AWBZ waarbij de geleverde zorg tegen een niet-rechtsgeldig tarief is gehanteerd
<b>Zorg niet geleverd</b>	- Kosten gedeclareerd tlv ZFW/AWBZ voor zorg die niet daadwerkelijk is geleverd
	<b>Kosten voor beheer die niet tlv ZFW/AWBZ mogen worden gebracht</b>
	<b>Baten ten onrechte niet geboekt tgv ZFW/AWBZ</b>
<b>Te weinig betalingen</b>	Te lage/niet-geïnde premies, eigen betalingen of bijdragen verzekerden
<b>Niet geboekte inkomsten</b>	Inkomsten zkfds/uitvoerder AWBZ/concern niet geboekt als baten ZFW/AWBZ
	<b>Financiële fraude geldstromen ZFW/AWBZ</b>
<b>Vervreemding geld ZFW/AWBZ</b>	Geld ZFW/AWBZ overgeboekt naar privérekening
	<b>Onjuiste verdeling macrobudget over zkfdsen/uitvoerders AWBZ</b>
<b>Onjuiste verdeling</b>	Zkfds/uitvoerder AWBZ ontvangt te hoog budget tkv andere zkfdsen/uitvoerders AWBZ



### **Bijlage 3: Ontwikkelingen in het M&O-beleid**

In 1998 zijn door de toenmalige Ziekenfondsraad de misbruikrisico's geanalyseerd. Daarbij ging het om mogelijkheden tot misbruik door verzekerden of mensen die zich als verzekerden voordoen. Naar aanleiding hiervan is door de Ziekenfondsraad een circulaire uitgebracht (circulairnummer ZFW 47/98 AWBZ 32/98 d.d. 9 september 1998). Hierin werden de uitvoeringsorganen ZWF en AWBZ onder meer opgeroepen om een samenhangend en toetsbaar beleid op te zetten ter bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik. Het betrof een advies, waarin ook gewezen werd op de eigen verantwoordelijkheid van uitvoeringsorganen voor een juiste uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen.

Het Verbond van Verzekeraars heeft ook in 1998 een Protocol voor de preventie en bestrijding van fraude in de verzekeringsbranche uitgebracht. In 1999 heeft Zorgverzekeraars Nederland (ZN) aangekondigd aansluiting bij dit fraudeprotocol te zoeken. Ook heeft ZN destijds een Platform fraudebestrijding opgericht ten behoeve van zijn leden met onder meer als doel samenhangend beleid op het gebied van preventie en bestrijding te bevorderen en daarmee de integriteit van de bedrijfstak te verhogen.

In 1999 heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) onderzoek verricht naar de mate waarin de ziekenfondsen inhoud geven aan de oproep in de circulaire van 1998. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de ziekenfondsen nog onvoldoende activiteiten ontplooiden. In augustus 1999 heeft het CVZ nogmaals per circulaire het belang van een actief beleid op het gebied van misbruik onder de aandacht gebracht.

In juli 2000 is door het Platform fraudebestrijding van ZN een modelbeleidsplan fraudebestrijding opgesteld als hulpmiddel voor de individuele zorgverzekeraars bij het opstellen en implementeren van een eigen M&O-beleid. Hierbij is het fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars de basis.

Naast het platform bestaat binnen ZN-verband al lange tijd een Werkgroep Declaraties waarin leden van ZN participeren. Het doel van de werkgroep is het verkrijgen van inzicht in declaratiepatronen van zorgaanbieders en waar nodig corrigerend op te treden. Door middel van aanbeveling richting betrokken partijen wordt invulling gegeven aan de preventie van misbruik. Vaak zijn deze aanbevelingen gericht op het wegnemen van onduidelijkheden over of van verschillen in interpretatie van wet- en regelgeving.

In juni 2002 heeft de FIOD-ECD een rapport gepubliceerd onder de titel *De intentie tot preventie*. Het onderzoek richtte zich op de controle van zorgverzekeraars op de juistheid van ingediende declaraties. Op basis van verzamelde informatie over de periode maart tot en met september 2001 komt de FIOD-ECD tot de conclusie dat er door zorgverzekeraars op diverse terreinen activiteiten zijn ontplooid, maar dat van een systematische en gestructureerde aanpak nog niet altijd sprake is. Deze conclusies zijn in lijn met de uitspraken die het CTZ de afgelopen jaren heeft gedaan.

De versnippering betekent niet dat er geen aandacht is voor preventie en bestrijding van misbruik. Wel degelijk hebben ziekenfondsen op diverse terreinen in dit kader activiteiten ontwikkeld. In vergelijking met 2001 is er een behoorlijke vooruitgang geboekt. Hadden in 2001 bijvoorbeeld elf van de huidige 22 ziekenfondsen een fraudeprotocol en/of een fraudecoördinator, in 2002 waren dit er achttien van de 22. Een globale typering van het anti-misbruikbeleid leert dat bij slechts acht van de 22 ziekenfondsen in 2001 de opzet en een al dan niet beperkte werking in de praktijk kon worden vastgesteld. Voor 2002 is dit aantal gestegen tot zeventien. Een duidelijke stijging, maar er moet ook worden geconstateerd dat er over de hele linie nog ruimte voor verbetering is, niet alleen in de opzet van het beleid, maar ook in de uitvoering hiervan.

Een globale typering van de uitvoeringsorganisatie vanuit het misbruikperspectief op basis van de toezichtbevindingen van het CTZ en de verantwoordingsdocumenten (financieel verslag en uitvoeringsverslag) van de ziekenfondsen met betrekking tot preventie en bestrijding van misbruik is de volgende. Op het terrein van het declaratieverkeer hebben veel ziekenfondsen de formele en verbandscontroles goed op orde. Hierdoor zijn er waarborgen dat tijdens het verwerken van declaraties formele fouten over het algemeen worden opgespoord en vast beleid is dat deze dan door de ziekenfondsen met de betreffende aanbieders worden verrekend. In zijn algemene rapportage over de uitvoering van de ZFW in 2001 constateert het CTZ wel dat bij de toetsing van declaraties voor farmaceutische en specialistisch hulp ziekenfondsen veelal niet of te beperkt op de aanwezigheid van recepten en verwijskaarten controleren. Waar nodig heeft het CTZ in de individuele rapportage aan de betreffende ziekenfondsen aangegeven hun uitvoering op dit aspect te verbeteren.

Een duidelijk aandachtsgebied is de controle of de juiste zorg daadwerkelijk is geleverd. Duidelijk is dat deze zogenoemde materiële controles tot nu toe onvoldoende door de ziekenfondsen worden uitgevoerd. Het CTZ heeft over dit aspect regelmatig gerapporteerd. Inmiddels zijn er aanvullende afspraken gemaakt die een goede uitvoering van deze controles in de toekomst moet bewerkstelligen. Kern van de afspraak is dat het de verantwoordelijkheid is van ziekenfondsen om op basis van een eigen risicoanalyse in continuïteit invulling te geven aan de opzet en uitvoering van de materiële controles. In februari 2002 is deze zogenoemde uitwerklijn onder de aandacht gebracht van de ziekenfondsen. De ziekenfondsen dienen zich in het financieel verslag te verantwoorden over het beleid inzake de materiële controles, de uitvoering daarvan en de resultaten. De materiële controles maken hierbij onderdeel uit van het financieel beheeraspect 'misbruik en oneigenlijk gebruik'. Als zodanig rapporteert de extern accountant hierover in het rapport van bevindingen over het financieel beheer. In opzet is een en ander nu nader geregeld. De werking in de praktijk moet de komende jaren blijken. Dit heeft de nadrukkelijke aandacht van het CTZ.

Een van de eerste activiteiten die een fraudecoördinator doorgaans binnen het ziekenfonds oppakt, is de mensen die binnen zijn organisatie bezig zijn met het verwerken van declaraties, de zorginkoop, et cetera, bewust te maken van de mogelijkheden tot misbruik, de signalen waar zij op moeten letten en de wijze waarop zij zaken die zij signaleren aanhangig kunnen maken.

Bijlage 4: Tabellen risicoanalyse misbruik in de ZFW

<b>Niveau verzekerde (zorg in NL)</b>	<b>Mogelijkheden misbruik ZFW</b>	<b>Beheersingsmaatregelen</b>	<b>Knelpunten in uitvoering</b>	<b>Aandacht Nodig?</b>
<b>Recht op verzekering ZFW?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzekerde ontvangt zorg tlv ZFW door inschrijving als verzekerde zonder recht op verzekering / niet (tijdige) uitschrijving terwijl geen recht meer op verzekering</li> <li>-----</li> <li>- Niet-ingeschrevene ontvangt zorg op kosten ZFW</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inschrijvingsbesluit: zkfds moet bij inschrijving controleren op verzekeringsrecht</li> <li>- Verzekerdencontrole-richtlijn: zkfds moet recht op verzekering in continuïteit beoordelen</li> <li>- toezicht CTZ op zkfds</li> <li>-----</li> <li>- Controle door aanbieder via verzekeringspas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hiaten in de uitvoering van voorgescreven maatregelen (wisselend per zkfds)</li> <li>- Van belang is de controle op aanmaak passen en verzending daarvan</li> <li>-----</li> <li>- Authenticiteit en geldigheid van pas moeilijk vast te stellen</li> <li>- pas rel. eenvoudig te krijgen</li> <li>- Gebrekkige controle op juistheid pas door aanbieder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nee, voldoende beheerst, met als sluitstuk toezicht CTZ</li> <li>-----</li> <li>- Ja</li> </ul>
<b>Zorg in pakket?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzekerde kan alleen zorg buiten pakket op kosten ZFW ontvangen indien medewerking aanbieder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wett. omschrijving zorgaanspraken</li> <li>- Naturastelsel: afspraken tussen zkfds en aanbieder over de te verlenen zorg; verzekerde kan zelf inhoud zorg niet bepalen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzekerde kan aanbieder onder druk zetten of met hem 'samenspannen' – zie tabel aanbieder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet specifiek, controle via declaraties aanbieder</li> </ul>
<b>Indicatie?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzekerde kan alleen zonder indicatie zorg ontvangen op kosten ZFW indien medewerking aanbieder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poortwachterfunctie huisarts; verzekerde heeft geen rechtstreekse toegang tot zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verzekerde kan indicatiesteller of aanbieder onder druk zetten of met hem samenspannen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niet specifiek, controle via declaraties aanbieder</li> </ul>
<b>Geldig Tarief?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- In naturastelsel kosten verrekend tussen zkfds en</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Situaties waarin restitutie toegestaan wettelijk geregeld</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen, binnen NL geen onduidelijkheid over tarief</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nee</li> </ul>

	aanbieder; alleen risico te hoge declaratie door verzekerde in uitz.situaties			
<b>Zorg daad- Werkelijk geleverd?</b>	- Alleen risico declaratie niet-geleverde zorg door verzekerde buiten naturastelsel om, uitz.situaties	- Situaties waarin restitutie toegestaan wettelijk geregeld	- Verzekerde kan samenspannen met aanbieder	Nee

<b>Niveau verzekerde (NL)</b>	<b>Beschrijving risico</b>	<b>Algemene beheersings- maatregelen</b>	<b>Alg. knelpunten in uitvoering</b>	<b>Aandacht Nodig?</b>
<b>Premie betaald?</b>	- Verzekerde betaalt te weinig inkomensafhankelijke premie door bewust verkeerde aanlevering gegevens	- Controle van werkgever door fiscus en UWV. Geen wettelijke taak van ziekenfonds en CTZ		Nee
<b>Eigen betalingen?</b>	- Verzekerde draagt te weinig bij in kosten van verstrekking door verkeerde gegevens aan te leveren	- wettelijke regeling - vaste procedures		Nee

<b>Niveau verzekerde / zorg buitenl.</b>	<b>Beschrijving risico</b>	<b>Beheersingsmaatregelen</b>	<b>Knelpunten in uitvoering</b>	<b>Aandacht Nodig?</b>
<b>Recht op verzekering ZFW?</b>	- zorg niet geleverd aan een zkfds-verzekerde (bijv. een reisgenoot of buitenlandse kennis/familie lid)	- geen (formulier E111 geen identificerende waarde?)	- risico niet afgedekt	- Ja
<b>Zorg in pakket?</b>	- nota betreft geen medische zorg - zorg is niet geleverd door (in buitenland erkende) zorgaanbieder	- indien naturaprocedure: check door buitenlands orgaan aangewezen in kader van verdragen - zkfds is verantwoordelijk dat alleen ZFW-zorg tlv ZFW wordt gebracht; De wijze waarop een zkfds daaraan invulling geeft is niet nader voorgeschreven	- indien door verzekerde betaalde nota betreft controle door zkfds materiële controle tijdrovend en duur en niet in alle gevallen mogelijk	- nee, gezien aandacht bij ziekenfondsen en huidige omvang van de geldstroom
<b>Indicatie?</b>	- verleende zorg niet spoedeisend??	- buitenlandse zorgverlener bevoegd vast te stellen of het om spoedeisend geval gaat	- materiële controle ter vaststelling daarvan is tijdrovend, duur en niet altijd mogelijk	- nee, gezien aandacht bij ziekenfondsen en huidige omvang van de geldstroom
<b>Geldig Tarief?</b>	- notabedrag bevat te hoge tarieven (in relatie tot verdragsafsp.) - verzekerde heeft nota opgehoogd	- indien wett. procedure gevolgd, verrekening via bevoegde organen, conform verdragsafspraken - indien verzekerde zelf nota voorschiet, tot bepaald bedrag vaststelling vergoeding door zkfds. Zkfds is	- financiële afhandeling van zorg tijdens vakantie in het buitenland vereist veel specialistische kennis. Om aangepaste of gefingeerde nota's op te sporen kunnen zkfdsen gebruik maken	- nee, gezien aandacht bij ziekenfondsen en huidige omvang van de geldstroom



		<p>verantwoordelijk dat alleen ZFW-zorg tlv ZFW wordt gebracht; De wijze waarop een zkfds daaraan invulling geeft is niet nader voorgeschreven</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- boven bepaald bedrag vaststelling vergoeding door buitenlandse orgaan / CVZ</li> </ul>	<p>van controlemaatregelen, zoals het inzetten van scanners, vertalen nota's, etc.</p>	
<b>Zorg daadwerkelijk geleverd?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gefingeerde nota voor niet verleende zorg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gestelde bij 'geldig tarief' geldt cc. ook voor controle op daadwerkelijke levering zorg</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- nee, gezien aandacht bij ziekenfondsen en huidige omvang van de geldstroom</li> </ul>

<b>Niveau aanbieder</b>	<b>Mogelijkheden misbruik</b>	<b>Beheersingsmaatregelen</b>	<b>Knelpunten in uitvoering</b>	<b>Aandacht Nodig?</b>
<b>Recht op verzekering ZFW?</b>	- Declaraties voor 'spookpatiënten'?	- Formele declaratiecontrole mbv verzekerdenadministratie	- Geen	- Nee
<b>Zorg in pakket?</b>	- Declaraties zorg buiten pakket tlv ziekenfondswet	- Wettelijke omschrijving zorganspraken - in overeenkomst afspraken tussen zkfds en aanbieder - formele en materiële controles door zkfds - toezicht CTZ op zkfds - zorgvernieuwing mogelijk via regeling 'initiatiefruimte'	- Declaratie tlv ZFW kan gemakkelijker zijn dan patiënt laten betalen (die de kosten dan al dan niet tlv zijn aanvullende verzekering kan brengen) - Verzekerde kan aanbieder onder druk zetten / aanbieder weinig belang bij weigeren medewerking aan verzekerde	- (meer) aandacht van meeste ziekenfonds en nodig
<b>Indicatie?</b>	- Leveren zorg zonder indicatie	- controle zkfds op recepten en verwijfskaarten - toezicht CTZ op zkfds	- Uitvoering controles op recepten en verwijfskaarten moet bij meeste ziekenfondsen beter	- (meer) aandacht van meeste ziekenfonds en nodig
<b>Geldig Tarief?</b>	- Afzonderlijke declaraties voor verrichtingen die al in een ander gedeclareerd tarief zijn inbegrepen - Bij declaratie verschuiving naar verrichtingen die meeste geld opleveren - Declareren te hoog tarief	- Vaststelling tarieven op basis WTG - controle ECD op naleving tar.wetgeving - Geprogrammeerde controle door zkfds op juistheid gedeclareerde tarieven - Budgettering aanbieder	- Tariefstructuur biedt mogelijkheden 'strategisch declaratiegedrag'	- (meer) aandacht van meeste ziekenfonds en nodig
<b>Zorg daadwerkelijk geleverd?</b>	- Declaratie voor niet-geleverde zorg	- Materiële controles zkfds - Toezicht CTZ op zkfds	- Uitvoering materiële controles moet bij meeste ziekenfondsen beter	- (meer) aandacht van meeste ziekenfonds en nodig

<b>Niveau ziekenfonds</b>	<b>Beschrijving risico</b>	<b>Algemene beheersingsmaatregelen</b>	<b>Alg. knelpunten in uitvoering</b>	<b>Aandacht Nodig?</b>
Kosten beheer door zkfds gebracht tlv ZFW	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 'ophogen' budgetparameters, waardoor te hoge toedeling budget beheerskosten (ten koste van budget overige zkfdsen)</li> <li>- te weinig beheerskosten tlv aanvullende verzekering brengen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diverse richtlijnen rondom de controle en betrouwbaarheid van het verzekerdenbestand</li> <li>- getrouwheidsonderzoek ext.accountant</li> <li>- rechtstreeks vallend onder toezicht CTZ; afgedekt via moderne verantwoording en verslaglegging</li> <li>- expliciet aandachtspunt in toezicht CTZ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controles soms met achterstand uitgevoerd</li> <li>- gebrek aan transparantie</li> <li>- discutabele verdeelsleutels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft blijvende aandacht CTZ</li> <li>- heeft blijvende aandacht CTZ</li> </ul>
Kosten verstrekkingen door zkfds gebracht tlv ZFW	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kosten brengen onder titels met een gunstiger nacalculatieregime</li> <li>- kosten onder rechtstreeks te verrekenen kosten ipv onder gebudgetteerde kosten</li> <li>- declaratie hoger tarief dan is afgesproken tussen zkfds en aanbieder /leverancier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verklaringen externe accountants</li> <li>- controleprotocollen</li> <li>- reviews</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft blijvende aandacht CTZ</li> </ul>
Baten die zkfds moet boeken tgv ZFW	Baten elders dan bij het ziekenfonds verantwoord	<ul style="list-style-type: none"> <li>- controle door externe accountants</li> <li>- toezicht CTZ</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- heeft blijvende aandacht CTZ</li> </ul>

<b>Niveau concern</b>	<b>Beschrijving risico</b>	<b>Algemene beheersingsmaatregelen</b>	<b>Alg. knelpunten in uitvoering</b>	<b>Aandacht Nodig?</b>
<b>Kosten beheer door zkfds gebracht tlv ZFW</b>	- kosten beheer concern tlv ZFW terwijl eigenlijk tlv particuliere verzekeringen	- verantwoording in uitvoerings- en financieel verslag - vast aandachtspunt toezicht CTZ	- onduidelijkheid over welke verdeelsleutels al dan niet gehanteerd mogen worden	- heeft blijvende aandacht CTZ
<b>Baten die zkfds moet boeken tgv ZFW</b>	- toerekening opbrengsten beleggingen			- heeft blijvende aandacht CTZ



Bijlage 5: Risicoanalyse misbruik in de AWBZ

Domein	Mogelijkheden misbruik AWBZ	Beheersingsmaatregelen	Knelpunten in de uitvoering	Aandacht nodig?
<p><b>Verzekerden (AWBZ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Zich in Nederland onterecht voordoen als AWBZ verzekerde. Aangezien ingezetenen in principe verzekerd zijn, bevinden eigenlijk alleen illegalen zich in dit domein.</li> <li>Zich in het buitenland onterecht voordoen als rechthebbende op AWBZ-hulp in het buitenland (samenspannen met AWBZ-verzekerde)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Risico zeer beperkt gezien kring van verzekerden in relatie met het karakter van de hulp (meestal langdurig en intensief, met uitzondering van thuiszorg) en de bijdrageplicht</li> <li>In 2001 in totaal slechts € 6 miljoen aan betreffende hulp betaald ofwel, 0,04% van de totale AWBZ kosten; risico daarom per definitie gering. Per situatie bovendien slechts geringe schadelast.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Controle op verzekerings-situatie bij aanvraag verstrekking (ingeschreven bij een zorg-verzekeraar)</li> <li>Verificatie gegevens hulpvrager bij GBA</li> <li>Controle van declaratie door zorgkantoor van verzekerde, indicatie, verleende hulp en prijs daarvan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geen</li> <li>Achterstand bij afdoening "GBA-verschillen"</li> <li>Materiële controle te kostbaar in relatie tot gedeclareerde bedrag</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nee</li> <li>Geen bijzondere aandacht, normale aandacht voor voortgang</li> <li>Nee, mits kosten van deze hulp beperkt blijven</li> </ul>
<p><b>Intra- en semimurale AWBZ-hulp</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hulp verleend aan niet AWBZ-verzekerde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliciete toestemming zorgkantoor na</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Nee</li> </ul>

	<p>Doorbelasting van kosten In zorgconcerns ondoorzichtig met navenante prijs- en vermogensvorming</p>	<p>controle verzekerings-situatie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Overleg zorgkantoor - instelling over tarieven;</li> <li>• tariefbewaking door CTG; budgetten per instelling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportage instelling te oppervlakkig</li> <li>• Zorgkantoor niet altijd even alert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgkantoren moeten alert blijven op dit risico</li> </ul>
--	--	--	---	---

<p><b>Extramurale hulp Thuiszorg</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hulp verleend aan niet-AWBZ-verzekerde</li> <li>• Gedeclareerde zorg is geen thuiszorg in de zin van de AWBZ</li> <li>• Thuiszorginstelling levert minder uren dan geïndiceerd en gedeclareerd</li> <li>• Thuiszorginstelling declareert nooit geleverde uren</li> <li>• Door (in keten) werk uit te</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diverse partijen bij toewijzing zorg betrokken, waaronder RIO</li> <li>• Verificatie gegevens hulpvrager bij GBA ivm eigen bijdrage</li> <li>• RIO bepaalt welke zorg geleverd kan worden</li> <li>• Mededeling aan zorgvrager van het aantal geïndiceerde uren</li> <li>• Eigen bijdrage deels op basis van aantal geleverde uren</li> <li>• Verklaring extern accountant bij urenopgave aan CTG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen info-uitwisseling RIO-Zorgkantoor, dat daardoor geen zicht heeft op zorgconsumptie en -consumenten</li> <li>• Zorgvrager niet altijd in staat onregelmatigheden te signaleren</li> <li>• Zorgkantoor heeft geen rol in dit proces.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nee</li> <li>• Informatie-uitwisseling tussen betrokken partijen fundamenteel herzien, met name op controleverplichtingen en controle-mogelijkheden zorgkantoor</li> <li>• Idem</li> <li>• Nee</li> <li>• Info-uitwisseling fundamenteel</li> </ul>
--	--	---	---	--



	besteden is door AWBZ betaalde zorg veel duurder dan feitelijk geleverde zorg (er is onderweg veel aan de strijkstok blijven hangen)		Andere partijen (CTG, CAK) zijn daarvoor niet geëquipeerd en beschikken niet over daartoe geëigende bevoegdheden en informatie	herzien
--	--	--	--	---------

<p><b>Extramurale hulp RIAGG</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Door vrije toegang ook beschikbaar voor niet-AWBZ verzekerden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewust geaccepteerd</li> <li>• Aard hulpverlening minimaliseert risico</li> <li>• RIAGG moet verzekerd zijn onderzoeken en afwijking melden bij zorgkantoor</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nee</li> </ul>
<p><b>Persoonsgebonden Budget</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budget wordt niet besteed volgens doelstelling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Budgethouder verantwoordt zich aan zorgkantoor</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nee</li> </ul>
<p><b>Eigen bijdragen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Intramuraal</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opgenomen verzekerde verstrekt bewust onjuiste en onvolledige gegevens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afstemming met informatie van GBA en belastingdienst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kinderziektes in nieuwe procedure inzake gegevens-uitwisseling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nee</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Thuiszorg</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Opgenomen verzekerde verstrekt bewust onjuiste en onvolledige gegevens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afstemming met informatie van GBA en belastingdienst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zorgkantoor niet geïnformeerd over zorgverlening;</li> <li>• Gegevensuitwisseling verloopt door diverse oorzaken stroef, veel uitval dat nader onderzoek nodig maakt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen bijzondere aandacht, normale aandacht voor voortgang</li> </ul>