



**RAPPORT ZORGFRAUDE 1033.03.92**

Operational Audit naar de beheersing van  
frauderisico's door particuliere ziektekosten-  
verzekeraars

Den Haag, 31 maart 2003

**Aan:**

de Minister

de Staatssecretaris

de Secretaris-Generaal

**Inhoud**

**Samenvatting**

1. Inleiding
  2. Systeembeschrijving particuliere ziektekostenverzekeringen
  3. Inventarisatie fraudemogelijkheden en getroffen beheersmaatregelen
  4. Beheersingsinstrumenten uit de branche
  5. Toezicht algemeen
  6. Omvang Fraude
- Bijlage: Analyse fraudemogelijkheden particuliere- en aanvullende verzekeringen:  
Bijlage 1a: op niveau verzekerden  
Bijlage 1b: op niveau zorgaanbieders  
Bijlage 1c: op niveau ziektekostenverzekeraars

## Samenvatting

Op 5 februari jl. is door de Minister van VWS aan de Tweede Kamer toegezegd een risicoanalyse op te stellen van de fraude in de zorg.

Naar aanleiding van deze toezegging zijn drie onderzoeksopdrachten voor het uitvoeren van een dergelijke analyse uitgezet op de volgende aandachtsgebieden:

- Publiekrechtelijke zorgverzekeringen: College toezicht zorgverzekeringen (CTZ);
- Zorgaanbieders: College tarieven gezondheidszorg (CTG) en de Economische Controledienst (Fiod/ECD);
- Particuliere en aanvullende ziektekostenverzekeraars<sup>1</sup>: de Auditdienst van het Ministerie van VWS.

In deze rapportage worden de resultaten weergegeven van het deelonderzoek dat door de Auditdienst VWS is uitgevoerd naar de beheersing van fraude door de particuliere en aanvullende ziektekostenverzekeraars.

Dit deelonderzoek is gebaseerd op reeds beschikbare informatie. Daarmee wordt onderstreept dat deze rapportage, mede gelet op de korte tijdspanne, niet tot stand is gekomen op grond van een zelfstandig door de Auditdienst uitgevoerd onderzoek, doch het resultaat weergeeft van een inventarisatie en objectieve ordening van gegevens en informatie met betrekking tot de onderzoeksopdracht.

De volgende schriftelijke bronnen zijn hierbij geraadpleegd:

- Rapport: "Reden tot zorg: fout en fraudegevoeligheid bij zorgverzekeringen", augustus 2001 in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland;
- Rapport: "de intentie tot preventie", juni 2002 door de Fiod/ECD in opdracht van CTG;
- Rapport: "Zorg om zorgfraude", september 2001 door het Openbaar Ministerie;
- Informatie van het CTZ.

Daarnaast zijn oriënterende gesprekken gevoerd met drie grote ziektekostenverzekeraars, de Pensioen- en Verzekeringskamer, CTZ en Zorgverzekeraars Nederland.

Dit rapport gaat in op:

- een beschrijving van het systeem van de particuliere ziektekostenverzekeringen;
- de fraudemogelijkheden en beheersmaatregelen bij de particuliere ziektekostenverzekeraars, die afgeleid kunnen worden uit de geraadpleegde stukken;
- het beheersinstrumentarium dat ontwikkeld is ten behoeve van de branche door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland;
- de afbakening van de toezichtverantwoordelijkheid vanuit de overheid in brede zin op de particuliere kolom van de ziektekostenverzekeringen;
- de speculaties over de omvang van de fraude.

De voornaamste conclusies zijn:

### **Conclusies m.b.t. fraudemogelijkheden en getroffen beheersmaatregelen**

De inventarisatie van fraudemogelijkheden en beheersmaatregelen die op basis van de onderzochte stukken kan worden opgesteld, geeft weliswaar een aanzienlijke opsomming van fraudemogelijkheden en beheersmaatregelen voor ziektekostenverzekeraars, doch of het aldus verkregen beeld volledig en actueel is kan in dit deelonderzoek niet worden vastgesteld.

---

<sup>1</sup> Waar in het vervolg van de samenvatting en de rapportage gesproken wordt over de 'particuliere ziektekostenverzekeraars' wordt ook tevens bedoeld de groep 'aanvullende ziektekostenverzekeraars'.

Alhoewel uit de bestaande informatie geen specifieke analyses en/of verbijzonderde beheersmaatregelen kunnen worden afgeleid in het kader van het proces van inschrijving van de verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar, de zorgpasfraude en declaraties van in het buitenland gemaakte ziektekosten, hebben wij wel de indruk gekregen dat op het terrein van het proces van inschrijving van de verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar, alsmede declaraties van in het buitenland gemaakte ziektekosten, particuliere ziektekostenverzekeraars alerter zijn dan voorheen. Op het terrein van de zorgpasfraude verdienen de beheersmaatregelen een accentverschuiving van repressief naar preventief. Om deze accentverschuiving mogelijk te maken zijn echter specifieke maatregelen wenselijk.

In de tabellen, opgenomen in de bijlage, is getracht antwoord te geven op de in paragraaf 1.2 van dit rapport geformuleerde onderzoeksvragen. Gesteld kan worden dat er uitgebreid nader onderzoek noodzakelijk is om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit en volledigheid van frauderisicobeheersing, of meer specifiek over de mate waarin fraudemogelijkheden voor bijvoorbeeld buitenlandse declaraties en/of misbruik van de zorgpas, worden afgedekt met beheersmaatregelen. Wij hebben in ons onderzoek wel kunnen vaststellen –zoals in hoofdstuk vier zal worden aangegeven- dat ziektekostenverzekeraars samenwerken in het uitwisselen van gegevens en ervaringen over fraudemogelijkheden en het identificeren van mogelijkheden om fraude tegen te gaan. De keuze voor de te treffen maatregelen is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar zelf (er is geen sprake van uniformering) en wordt onder meer bepaald door de afweging van kosten en baten. Hierdoor verschilt het frauderisico per particuliere ziektekostenverzekeraar.

### **Conclusies m.b.t. beheersingsinstrumenten uit de branche**

Het voor de gehele branche uitgezette beleid ter bestrijding van fraude dient als ondersteuning voor het door de individuele ziektekostenverzekeraars uit te voeren fraudebestrijdingbeleid. De implementatie daarvan binnen de branche verschilt per individuele verzekeraar en bevindt zich in een ontwikkeltraject. In dit kader achten wij het wenselijk dat de voortgang van dit ontwikkeltraject door de branche zelf transparant wordt gemaakt en in het kader van het maatschappelijk verantwoord ondernemerschap hierover verantwoording wordt afgelegd.

### **Conclusies m.b.t. het toezicht algemeen**

De minister van VWS is op het in dit onderzoek onderzochte terrein slechts in beperkte mate verantwoordelijk voor het functioneren van particuliere ziektekostenverzekeraars. De reden daarvoor is dat dit de private sector betreft. Wel heeft hij een toezichthoudende verantwoordelijkheid uit hoofde van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering (WTZ).

In het toezicht op de particuliere ziektekostenverzekeraars, waarbij de Pensioen- en verzekeringskamer (PVK) en de Stichting uitvoering omslagregeling (SUO) een functie vervullen, neemt de beoordeling van de risico's op fraude in het declaratieverkeer en misbruik van de zorgpas, alsmede de maatregelen van ziektekostenverzekeraars daartegen, een ondergeschikte plaats in. Daarnaast vormt het aspect van de materiële controles door ziektekostenverzekeraars (nagaan of gedeclareerde zorg ook is geleverd) – voor zover wij hebben kunnen nagaan - ook geen onderdeel van structureel toezicht.

Wij concluderen dat de verantwoordelijkheden voor toezicht door of namens de overheid niet is opgezet met de doelstelling om de fraudemogelijkheden en samenhangende beheersingsmaatregelen bij de particuliere ziektekostenverzekeraars in beeld te brengen. De primaire verantwoordelijkheid daarvoor ligt hoofdzakelijk bij de particuliere ziektekostenverzekeraars zelf.

### **Conclusies m.b.t. de speculaties over de omvang van de fraude**

Wij onderzochten in de drie genoemde rapporten of er harde indicaties zijn over de omvang van de fraude. Slechts in één rapport worden kwantitatieve inschattingen gedaan. De opdrachtgever voor het betreffende rapport (ZN) heeft desgevraagd meegedeeld dat de kwantitatieve inschattingen die in het rapport zijn weergegeven niet zijn onderbouwd. ZN acht relativisering van de in het rapport geformuleerde kwantitatieve inschattingen op zijn plaats. Wij delen deze visie.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er geen harde indicaties zijn om een onderbouwde uitspraak te doen over de omvang van fraude in het particuliere deel van het stelsel van zorg en verzekering. Aangezien particuliere ziektekostenverzekeraars ieder voor zich een afweging maken ten aanzien van de inzet van beheersingsmaatregelen kan het frauderisico per verzekeraar uiteen lopen. Een algemene uitspraak is dan ook niet mogelijk.

Directeur Auditdienst

drs. P.S. van Nes RA MGA

31 maart 2003

## 1. Inleiding

### 1.1. Aanleiding

De aanleiding voor deze audit wordt gevormd door diverse signalen van fraude in de zorgsector. De Minister van VWS heeft in dit kader een toezegging aan de Tweede Kamer gedaan om binnen één maand te komen tot een analyse van frauderisico's in de zorgsector. Deze toezegging is uitgewerkt in een brief van de Minister van VWS waarin hij nader ingaat op de in te stellen onderzoeken en de te volgen procedure (kenmerk Z/VU-2358280).

De Auditdienst VWS wordt daarbij gevraagd een analyse te doen op het gebied van de particuliere ziektekostenverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Uitgangspunt bij de uitvoering van deze operational audit<sup>2</sup> (hierna te noemen 'deelonderzoek') is dat de uitkomsten gebaseerd worden op reeds bestaande informatie en dat geen nieuw onderzoek naar het verschijnen van fraude wordt verricht.

### 1.2. Doelstelling van het deelonderzoek

***Doelstelling van dit deelonderzoek is te inventariseren in hoeverre (door de ziektekostenverzekeraars) geïdentificeerde fraudemogelijkheden in de uitvoering van particuliere en aanvullende ziektekostenverzekeringen worden afgedekt door beheersmaatregelen en, indien mogelijk, een indicatie te geven over de omvang van de fraude.***

De doelstelling van het onderzoek kan worden uitgesplitst in de volgende onderzoeksvragen:

1. Welke fraudemogelijkheden worden door de ziektekostenverzekeraars onderkend? (Identificatie)
2. Welke preventieve (organisatorische) maatregelen treffen de ziektekostenverzekeraars om de geïdentificeerde frauderisico's te voorkomen? (Preventie)
3. Welke maatregelen zijn door ziektekostenverzekeraars getroffen om fraude of pogingen daartoe te detecteren/signaleren? (Detecteren)
4. Welke beleid voeren ziektekostenverzekeraars in het geval fraude wordt geconstateerd? (Repressie en vervolging);
5. Wat is de omvang van de fraude?

In dit deelonderzoek is de volgende definitie van fraude gehanteerd:

*“Het bewust handelen in strijd met wet- en regelgeving en/of het opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens, met het doel hierbij (ten onrechte) een uitkering te krijgen, dan wel ten onrechte geen of te lage heffingen te betalen; dan wel met het doel uitgaven ten laste van wettelijke middelen te brengen”*

### 1.3. Reikwijdte en beperkingen van het onderzoek

Dit deelonderzoek richt zich op de beheersing door particuliere ziektekostenverzekeraars van fraudemogelijkheden door zorgaanbieders, (on)verzekerden, alsmede door ziektekostenverzekeraars zelf (ondermeer 'interne fraude'), waarbij specifieke aandacht is geschonken aan fraudemogelijkheden door verzekerden bij inschrijving bij een particuliere verzekeraar, fraudemogelijkheden met betrekking tot het declaratieproces van in het buitenland verstrekte zorg en misbruik van de zorgpas.

---

<sup>2</sup> Dit deelonderzoek wordt hier bestempeld als 'operational audit'; door de gekozen aanpak van dit onderzoek is echter meer sprake van een documentstudie, gezien vanuit operational audit (lees; beheersings-) invalshoek.

Van belang is bij dit deelonderzoek het uitgangspunt voor ogen te houden, dat het primair gaat om private gelden en dat de minister, en daarmee ook zijn Auditdienst, op zichzelf geen bevoegdheden heeft om ter plaatse onderzoek te doen.

De insteek van het onderzoek vraagt dat overigens ook niet: 'baseren op beschikbare informatie'. Daarmee kan nogmaals worden onderstreept dat deze rapportage, mede gelet op de korte tijdspanne, geen betrekking heeft op een zelfstandig door de Auditdienst uitgevoerd onderzoek, doch het resultaat weergeeft van een inventarisatie en objectieve ordening van gegevens en informatie met betrekking tot de onderzoeksopdracht.

De *omvang* van de *feitelijke* fraude is hierbij niet in beeld gebracht. Wel wordt in dit deelonderzoek een kritische beschouwing gegeven op de speculaties over de omvang, die door anderen zijn gedaan.

Tot slot zij vermeld, dat de medewerking en informatieverstrekking door de ziektekostenverzekeraars die in het onderzoek zijn betrokken, louter op vrijwillige basis plaats heeft kunnen vinden.

## 1.4. Aanpak

In deze audit is in hoofdzaak gesteund op –voor de Auditdienst- reeds beschikbare informatie.

Het betreft hier:

- Rapport: "**Reden tot zorg: fout en fraudegevoeligheid bij zorgverzekeringen**"; uitgebracht in augustus 2001 door CMC<sup>3</sup> (opdrachtgever is Zorgverzekeraars Nederland);
- Rapport: "**De intentie tot preventie**"; uitgebracht in juni 2002 door de Fiod/ECD (opdrachtgever is CTG);
- Rapport: "**Zorg om zorgfraude**", uitgebracht in september 2001 door het Openbaar Ministerie;
- Informatie vanuit het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ).

Daarnaast zijn oriënterende gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van drie grote ziektekostenverzekeraars. Het gaat hierbij om verzekeraars voor particuliere ziektekostenverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Ook zijn gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de Pensioen- en Verzekeringskamer(PVK), het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De bereidheid van deze instellingen om mee te werken aan dit onderzoek, was zonder meer goed. De gesprekken zijn dan ook in goede harmonie verlopen.

## 1.5. Leeswijzer

Dit deelrapport is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 bevat een beschrijving van het systeem van de particuliere ziektekostenverzekering. Hoofdstuk 3 gaat in op de fraudemogelijkheden en beheersmaatregelen die afgeleid kunnen worden uit de door ons geraadpleegde stukken.

In hoofdstuk 4 wordt een korte schets gegeven van het beheersinstrumentarium dat ontwikkeld is ten behoeve van de branche door het Verbond van Verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland. Hoofdstuk 5 geeft een overzicht van de afbakening van de toezichtverantwoordelijkheid vanuit de overheid in brede zin op de particuliere kolom van de ziektekostenverzekeringen.

In Hoofdstuk 6 gaan we in op speculaties over de omvang van de fraude.

In de bijlage treft u aan:

Overzicht van fraudemogelijkheden en beheersmaatregelen die afgeleid kunnen worden uit de door ons geraadpleegde stukken:

1a: op niveau verzekerden

1b: op niveau zorgaanbieders

1c: op niveau ziektekostenverzekeraars

---

<sup>3</sup> Compliance Methodology Consultants, Amsterdam

## 2. Systeembeschrijving

### 2.1 De particulier ziektekostenverzekeraar in het zorgstelsel

Het onderzoek van de Auditdienst VWS heeft zich gericht op de particuliere ziektekostenverzekeraars. In deze beschrijving wordt in hoofdlijnen aangegeven hoe dit systeem van particuliere en aanvullende verzekeringen is opgezet.

Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg kenmerkt zich door een mix van publieke en private verzekeringen. Het grootste deel van de Nederlandse bevolking is ziekenfondsverzekerd. Een veel kleiner maar toch nog aanzienlijk deel is als ambtenaar bij de gemeente, provincie of politie krachtens een publiekrechtelijke regeling verzekerd voor ziektekosten. Wie niet ziekenfondsverzekerd is of verzekerd ingevolge een ziektekostenregeling voor ambtenaren, is aangewezen op een particuliere verzekering (circa eenderde van de bevolking). Daarnaast kunnen ziekenfondsverzekerden zich op vrijwillige basis aanvullend verzekeren. Deze aanvullende verzekering is een particuliere ziektekostenverzekering die door particuliere ziektekostenverzekeraars worden verstrekt. Naast deze verzekeringen voor de cure biedt de AWBZ een verzekering voor alle ingezetenen voor langdurige zorg (care).

Anders dan bij de ziekenfondsverzekering (een bij wet geregelde verzekering) is de particuliere ziektekostenverzekering een privaatrechtelijke overeenkomst waar de overheid geen zeggenschap over heeft. Particuliere verzekeraars hanteren een eigen acceptatiebeleid en bepalen zelf de omvang van de dekking en de voorwaarden daarbij. Verder bepalen ze vanzelfsprekend de premie. De verzekerden betalen deze nominale, niet inkomensafhankelijke premie.

Mensen die op de particuliere verzekeringsmarkt zijn aangewezen en vanwege een hoog medisch risico niet op een gewone particuliere maatschappijpolis worden geaccepteerd, kunnen worden geaccepteerd op een zogenaamde standaardverzekering.

Dit wordt geregeld met de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998). Door middel van een omslagregeling worden de hoge kosten van deze verzekerden gespreid. Particulier verzekerden betalen daartoe naast de nominale premie tevens omslagbijdragen in het kader van de Wtz1998 en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ).

Het toezicht op de uitoefening van het particuliere ziektekostenverzekeringbedrijf is opgedragen aan de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK), een orgaan ingesteld op grond van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993. Dit toezicht beperkt zich tot het naleven van voorschriften die ertoe strekken dat de individuele verzekeraar zijn verplichtingen tegenover de verzekerden zal kunnen nakomen. De voorschriften met betrekking tot de solvabiliteit van de verzekeraar maken hiervan een belangrijk onderdeel uit.

De Stichting uitvoering omslagregeling (Suo) voert de omslagregeling uit en controleert de uitvoering daarvan door en bij de particuliere verzekeraars.

De PVK ziet toe op het functioneren van de Suo.

### 2.2 Financieringswijze

De financiering van de particuliere ziektekostenverzekering vindt plaats door middel van het heffen van premies door de particuliere verzekeringsmaatschappijen bij de particulier verzekerden.

### 2.3 Het declaratieproces

Uitgangspunt zijn de verrichtingen door zorgaanbieders. Dit betreft zowel instellingen (zoals ziekenhuizen) als individuele beroepsbeoefenaren (specialisten, huisartsen, apothekers, fysiotherapeuten

e.d.). Elke verrichting wordt gefactureerd. In principe is deze factuur altijd rechtstreeks gericht aan de particulier verzekerde. De zorgaanbieder moet derhalve altijd beschikken over identiteitsgegevens van deze verzekerde. Bij zorg die regelmatig aan een verzekerde wordt verstrekt is zulks eenvoudiger te realiseren dan bij incidentele zorg. De verzekeraar kan er echter ook voor kiezen een afspraak te maken met de zorgaanbieder om in bepaalde gevallen, met behulp van de gegevens over de particulier verzekerde, de factuur rechtstreeks bij de verzekeringsmaatschappij te laten declareren.

Het is aan de particulier verzekerden en aan de particuliere verzekeringsmaatschappij om te controleren of de in rekening gebrachte verrichtingen correct zijn. Of de zorg verleend is en of die is verleend overeenkomstig de omschrijving van de prestatie die de zorgaanbieder op de declaratie weergeeft, kan de verzekerde het beste beoordelen. Voor wat betreft de beoordeling van de in rekening gebrachte tarieven beschikt de verzekeringsmaatschappij over meer kennis dan de verzekerde.

Een uitzondering hierop betreft de door huisartsen voorgeschreven medicijnen. Een materiële check op de soort en hoeveelheid van het aantal medicijnen dat wordt voorgeschreven dient door de apotheker te geschieden, die vervolgens het werkelijk verstrekte aantal (en niet het voorgeschreven aantal) factureert bij de particulier verzekerde of de verzekeringsmaatschappij.

Facturen die door de zorgaanbieder aan de individuele verzekerden worden gezonden, worden of wel rechtstreeks door de particulier verzekerden betaald en vervolgens bij de verzekeringsmaatschappij gedeclareerd, of wel door de verzekerden aan de verzekeringsmaatschappij gezonden met het verzoek om deze aan de zorgaanbieder uit te betalen. Door middel van periodieke overzichten van de verzekeringsmaatschappij kan de verzekerde beoordelen of en in hoeverre alles is vergoed. Vanuit de verzekeringsmaatschappij zijn er dus een tweetal uitgaande geldstromen te onderscheiden namelijk: een geldstroom richting zorgaanbieder en een geldstroom richting verzekerden, rekening houdend met bijvoorbeeld het eigen risico van de verzekerde en de verrichtingen die niet door de polis worden gedekt.

De belangrijkste inkomende geldstroom wordt gevormd door de premies die in rekening worden gebracht bij de verzekerden. Jaarlijks wordt de jaarrekening van de verzekeringsinstelling aan een wettelijke accountantscontrole onderworpen.

Bij zorg die in het buitenland door verzekerden is genoten geldt in hoofdlijnen in principe hetgeen hierboven beschreven is. Rekeningen worden of door de verzekerde voorgesloten dan wel rechtstreeks door verzekeringsmaatschappij vergoed aan de buitenlandse zorgaanbieder. De controles op de juistheid van de verrichtingen en het tarief vormen daarbij bijzondere omstandigheden. Ook de identiteit van de verzekerde is in die omstandigheden niet altijd ondubbelzinnig vast te stellen.



### 3. Inventarisatie Fraudemogelijkheden en getroffen beheersmaatregelen

#### 3.1. Inleiding / Toelichting op de tabellen (bijlage 1a, 1b, 1c)

In dit hoofdstuk worden de handelingen /gebeurtenissen weergegeven die als gevoelig kunnen worden aangemerkt voor fraudemogelijkheden. Het betreft hier handelingen en gebeurtenissen op het niveau van de verzekerde (zie bijlage 1a), het niveau van de zorgaanbieder (zie bijlage 1b), en het niveau van de ziektekostenverzekeraar zelf (zie bijlage 1c).

Afhankelijk van het niveau kunnen daarbij de volgende handelingen en gebeurtenissen worden onderscheiden:

- Inschrijven bij ziektekostenverzekeraar door verzekerde;
- Genieten van zorg;
- Declareren van kosten bij ziektekostenverzekeraar door verzekerde;
- Premiebetaling door verzekerde;
- Declareren van kosten bij ziektekostenverzekeraar door zorgaanbieder;
- Diverse handelingen bij ziektekostenverzekeraar.

Per handeling /gebeurtenis wordt een inventarisatie<sup>4</sup> gegeven van achtereenvolgens:

- Het administratief kader waarin de handeling/gebeurtenis geplaatst kan worden;
- De fraudemogelijkheden;
- De mogelijke schade met eventuele nuancering;
- Beheersmaatregelen<sup>5</sup>;
- Verbetersuggesties<sup>6</sup>.

Bij een eerste beschouwing van de tabellen in de bijlagen valt op dat er sprake is van een groot aantal 'witte vlekken'. Hiermee wordt bedoeld dat de tabel in een aantal gevallen geen of slechts een beperkte opsomming geeft van bijvoorbeeld de beheersmaatregelen of verbetersuggesties. Dit impliceert niet dat er op de betreffende gebieden ook geen maatregelen e.d. getroffen zijn. Een en ander is verklaarbaar vanuit de wijze waarop deze rapportage tot stand is gekomen en de beperkingen die daarbij van toepassing zijn. De inventarisatie is namelijk –zoals eerder is aangegeven- totstandgekomen op basis van een analyse van bestaande documenten<sup>7</sup>.

Het voorgaande betekent dus ook dat wij niet vast hebben kunnen stellen of de diverse opsommingen in de kolommen van de tabellen als limitatief beschouwd kunnen worden.

Daarnaast is in de tabellen getracht antwoord te geven op de in paragraaf 1.2 van dit rapport geformuleerde onderzoeksvragen. Gesteld kan worden dat er uitgebreid nader onderzoek noodzakelijk is om uitspraken te kunnen doen over de kwaliteit en volledigheid van frauderisicobeheersing, of meer specifiek over de mate waarin fraudemogelijkheden voor bijvoorbeeld buitenlandse declaraties en/of misbruik van de zorgpas, worden afgedekt met beheersmaatregelen.

<sup>4</sup> Zoals in hoofdstuk 1 is aangegeven is deze inventarisatie totstandgekomen op basis van bestaande documenten en een beperkt aantal aanvullende gesprekken. Door de inherente beperkingen van dit deelonderzoek kan de volledigheid van deze inventarisatie dan ook niet worden vastgesteld

<sup>5</sup> Het betreft hier een overzicht van beheersmaatregelen die als 'gangbaar' beschouwd kunnen worden

<sup>6</sup> Het betreft suggesties voor beheersmaatregelen die anno 2003 nog niet als 'gangbaar' beschouwd kunnen worden. Deze suggesties zijn afgeleid uit de genoemde rapporten en andere informatiebronnen

<sup>7</sup> Rapport; "Reden tot zorg: fout en fraudegevoeligheid bij zorgverzekeringen"; uitgebracht in augustus 2001 door CMC (opdrachtgever is Zorgverzekeraars Nederland);

Rapport; "De intentie tot preventie"; uitgebracht in juni 2002 door de Fiod/ECD in (opdrachtgever is CTG);

Rapport; "Zorg om zorgfraude"; uitgebracht in september 2001 door het Openbaar Ministerie.

De drie rapporten zijn eensgezind over de verschillende fraudemogelijkheden voor verzekerden en zorgaanbieders. Voor wat betreft de beheersmaatregelen wordt er in deze documenten een groot scala aan mogelijke maatregelen, aanbevelingen en verbeter suggesties weergegeven. In dit deelonderzoek kon niet worden vastgesteld in hoeverre ziektekostenverzekeraars deze maatregelen in de praktijk hebben geïmplementeerd. Wij hebben in ons onderzoek wel kunnen vaststellen –zoals in hoofdstuk vier zal worden aangegeven- dat ziektekostenverzekeraars samenwerken in het uitwisselen van gegevens en ervaringen over fraudemogelijkheden en het identificeren van mogelijkheden om fraude tegen te gaan. De keuze voor de te treffen maatregelen is uiteindelijk wel de verantwoordelijkheid voor de ziektekostenverzekeraar zelf.

Uit de aanvullende gesprekken die gevoerd zijn met drie grote ziektekostenverzekeraars in Nederland komt naar voren, dat de ziektekostenverzekeraars meer dan in het verleden actief zijn in het beheersen (voorkomen en afdekken) van frauderisico's. Dit uit zich onder meer in een toenemend aantal fraudedossiers en –naar zeggen van de ziektekostenverzekeraars- een toename in het bij zorgaanbieders en verzekerden teruggevorderd (declaratie) bedrag. Ook is uit deze drie gesprekken naar voren gekomen dat de verzekeraars elk een eigen systeem van fraudebeheersing hebben ontwikkeld. Er is geen sprake van uniformering.

In de opdracht voor dit deelonderzoek is door de minister bijzondere aandacht gevraagd voor het proces van inschrijving van de verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar, alsmede het declaratieproces van in het buitenland verkregen zorg. In de volgende twee paragrafen wordt daar op ingegaan. In paragraaf 3.4. wordt aansluitend het mogelijke misbruik van de zorgpas uitgelicht.

### 3.2. Fraude door verzekerden bij inschrijving bij een particuliere ziektekostenverzekeraar

Als een (particulier) verzekerde zich aanmeldt bij een ziektekostenverzekeraar moet hij een aanvraagformulier invullen. Daarbij moet hij ondermeer gegevens verstrekken over zijn leeftijd, gezinssamenstelling en gezondheidstoestand. Indien de verzekerde onjuiste gegevens verstrekt kan dit leiden tot het innen van een onjuiste (te lage) premie door de ziektekostenverzekeraar. Daarnaast kan het voorkomen dat door een onjuiste weergave van de gezondheidstoestand door de verzekerde deze ten onrechte door de ziektekostenverzekeraar wordt verzekerd tegen risico's, waarvoor hij bij een juiste weergave van de gezondheidstoestand zou zijn uitgesloten.

Uit ons onderzoek zijn geen harde indicaties naar voren gekomen over de mogelijke omvang van deze vorm van fraude.

Uit de aanvullende gesprekken die gevoerd zijn met vertegenwoordigers van de ziektekostenverzekeraars komt naar voren dat zij deze fraudemogelijkheid niet al te zwaar wegen, omdat enerzijds door het declaratiegedrag van betrokkenen heel snel zichtbaar wordt, dat er iets mis is; anderzijds geven ziektekostenverzekeraars aan veel belang te hechten aan het sanctiebeleid dat zij hanteren als deze vorm van fraude door verzekerden zich voordoet. Dit sanctiebeleid bestaat doorgaans uit het beëindigen van de verzekeringsovereenkomst met de betreffende verzekerde.

### 3.3. Fraude met betrekking tot het declaratieproces van in het buitenland verstrekte zorg

Wij hebben onderzocht of op basis van het reeds bestaande materiaal een uitspraak kan worden gedaan over (de kans op) fraude met betrekking tot het declaratieproces van in het buitenland verstrekte zorg. Uit de al bestaande rapporten en uit onze contacten met de ziektekostenverzekeraars blijkt dat sprake is van een verhoogde kans op fraude met betrekking tot dit proces.

Uit ons onderzoek zijn geen harde indicaties naar voren gekomen over de mogelijke omvang van deze vorm van fraude.

Desgevraagd geven ziektekostenverzekeraars aan deze fraudemogelijkheden wel met meer dan gewone aandacht te volgen. Zo worden buitenlandse declaraties kritischer bekeken op basis van risicoanalyses; in voorkomende gevallen wordt contact gelegd met de zorgaanbieders in het buitenland. Ook wordt genoemd dat ziektekostenverzekeraars via consulaten in het buitenland onderzoek doen naar het bestaan van zorginstellingen.

### 3.4. Misbruik zorgpas

Verzekerden ontvangen als bewijs van verzekering een zogenaamde zorgpas. Gebleken is dat het gebruik van deze zorgpas kan leiden tot misbruik. Daarbij gaat het om het gebruiken van de zorgpas door een andere persoon dan de verzekerde die op de pas staat vermeld.

Uit ons onderzoek zijn geen harde indicaties naar voren gekomen over de mogelijke omvang van deze vorm van misbruik.

In onze contacten met particuliere ziektekostenverzekeraars is naar voren gekomen dat zij veel belang hechten aan het sanctiebeleid dat zij hanteren bij bewezen misbruik door een (on)verzekerde met de zorgpas, vanwege de repressieve werking die daarvan uitgaat. Dit sanctiebeleid bestaat uit het beëindigen van de verzekeringsovereenkomst met de betreffende verzekerde en is daardoor administratief van aard. Daarnaast bestaat de mogelijkheid om tot strafrechtelijke en civielrechtelijke vervolging over te gaan. Van deze mogelijkheid wordt echter nauwelijks gebruik gemaakt.

De ziektekostenverzekeraars die bij dit deelonderzoek zijn gehoord, geven unaniem aan voorstander te zijn van het verplicht stellen van een deugdelijke legitimatie voor (on)verzekerden. Deze legitimatie dient zodanig te zijn, dat hieruit ook (het bestaan van) de verzekeringsvorm van de (on)verzekerde kan worden afgeleid. In feite gaat het hier dus om meer aandacht voor preventie, zodat sanctiemaatregelen minder vaak hoeven te worden aangewend.

### 3.5. Conclusies

De inventarisatie van fraudemogelijkheden en beheersmaatregelen geeft weliswaar een aanzienlijke opsomming van fraudemogelijkheden en beheersmaatregelen voor ziektekostenverzekeraars, doch in dit deelonderzoek kon niet worden vastgesteld in hoeverre dit beeld volledig is dan wel een actueel beeld van de werkelijkheid weergeeft.

Uit de bestaande informatie (drie onderzoeksrapporten) kunnen geen specifieke analyses en/of verbijzonderde beheersmaatregelen worden afgeleid in het kader van het proces van inschrijving van de verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar, de zorgpasfraude en declaraties van in het buitenland gemaakte ziektekosten.

Wel hebben wij de indruk gekregen dat op het terrein van het proces van inschrijving van de verzekerde bij de ziektekostenverzekeraar, alsmede declaraties van in het buitenland gemaakte ziektekosten, particuliere ziektekostenverzekeraars alerter zijn dan voorheen. Op het terrein van de zorgpasfraude verdienen de beheersmaatregelen een accentverschuiving van repressief naar preventief. Om deze accentverschuiving mogelijk te maken zijn echter specifieke maatregelen wenselijk.

Om meer specifiek iets te kunnen zeggen over de kwaliteit en volledigheid van frauderisicobeheersing, of meer specifiek over de mate waarin fraudemogelijkheden voor bijvoorbeeld buitenlandse declaraties en/of misbruik van de zorgpas, worden afgedekt met beheersmaatregelen, is uitgebreid nader onderzoek noodzakelijk. Wij hebben in ons onderzoek wel kunnen vaststellen dat ziektekostenverzekeraars samenwerken in het uitwisselen van gegevens en ervaringen over fraudemogelijkheden en het identificeren van mogelijkheden om fraude tegen te gaan. De keuze voor de te treffen maatregelen is uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de ziektekostenverzekeraar zelf (er is geen sprake van uniformering) en wordt onder meer bepaald door de afweging van kosten en baten. Hierdoor verschilt het frauderisico per particuliere ziektekostenverzekeraar.

## 4. Beheersingsinstrumenten uit de branche

De verzekeringsbedrijven hebben zich binnen hun branche georganiseerd binnen het Verbond van Verzekeraars. Daarnaast hebben de zorgverzekeraars zich georganiseerd in de overkoepelende organisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Binnen ZN heeft men de Werkgroep Declaraties en het Platform Fraudebestrijding opgericht. De werkgroep Declaraties heeft als doel via een gezamenlijke aanpak meer zicht te krijgen op het declaratiepatroon van individuele beroepsbeoefenaren en instellingen en waar nodig corrigerend op te treden. Het Platform Fraudebestrijding is opgericht om invulling te geven aan de behoefte om op beleidsniveau meer activiteiten te ontplooiën op het gebied van fraudepreventie en –bestrijding zowel ten aanzien van de (on)verzekerden als de zorgaanbieders.

Vanuit deze organisaties in de branche zijn de volgende beheersingsinstrumenten ontwikkeld:

- **“Protocol betreffende preventie en bestrijding van fraude in de verzekeringsbranche” (1998)**

Binnen dit protocol wordt het voorkomen en beheersen van fraude tot kerndoelstelling genomen. Het fraudeprotocol bestaat uit een stelsel van protocol, richtlijnen en aanbevelingen. Ondertekening van dit protocol door verzekeringsbedrijven geschiedt op vrijwillige basis en heeft als gevolg dat de ziektekostenverzekeraar toezegt:

- een beleidskeuze te maken voor actieve fraudebestrijding;
- procedures voor melding en aangifte te volgen;
- een incidentenregister met een verwijzingindex aan te houden;
- een fraudecoördinator te benoemen die een centrale rol vervult bij de implementatie van het protocol in het eigen bedrijf alsmede bij het onderhouden van externe contacten.

- **“Model-beleidsplan Fraudebestrijding”(2000)**

Dit plan is opgesteld om de ziektekostenverzekeraars die bovengenoemd protocol hebben ondertekend, handvatten te bieden om de noodzakelijke begeleidende maatregelen in hun organisatie te nemen.

- **“Aanbevelingen Platform Fraudebestrijding”(2001)**

Dit betreft een drietal aanbevelingen, specifiek voor ziektekostenverzekeraars, op het bovengenoemde Fraudeprotocol, te weten:

- Aanbeveling voor de bestrijding van oneigenlijk gebruik/ misbruik van het verzekeringsbewijs (bewijs van inschrijving/ zorgpas);
- Aanbeveling voor de acceptatie/ inschrijving van de verzekerde;
- Aanbeveling voor de bestrijding van fraude bij declaraties van zorgkosten.

Deze aanbevelingen bevatten in totaal 42 beheersmaatregelen om genoemde problemen aan te pakken, onderverdeeld in categorieën van algemene, organisatorische, technische, preventieve, detectieve en repressieve maatregelen.

Dit voor de gehele branche uitgezette beleid ter bestrijding van fraude dient als ondersteuning voor het door de individuele ziektekostenverzekeraars uit te voeren fraudebestrijdingbeleid. De implementatie daarvan binnen de branche verschilt per individuele verzekeraar en bevindt zich in een ontwikkeltraject. In dit kader achten wij het wenselijk dat de voortgang van dit ontwikkeltraject door de branche zelf transparant wordt gemaakt en in het kader van het maatschappelijk verantwoord ondernemerschap hierover verantwoording wordt afgelegd.

## 5. Toezicht algemeen

### 5.1. Inleiding

In dit hoofdstuk worden de bevindingen gepresenteerd van dit deelonderzoek naar de wijze waarop door de overheid toezicht wordt gehouden op de particuliere ziektekostenverzekeraars (inclusief aanvullende verzekeringen) en de verzekerden.

### 5.2. Terreinbeschrijving

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bepaalt, in samenspraak met het parlement, de hoofdlijnen van het beleid en is verantwoordelijk voor de inrichting en besturing van het stelsel, voor het (doen) bewaken dat het stelsel werkt en voor een beheerste kostenontwikkeling. De verantwoordelijkheid van de minister betreft daarbij in belangrijke mate het stelsel van de publieke ziektekostenverzekering.

De Minister van VWS is slechts in beperkte mate verantwoordelijk voor het functioneren van het private (particuliere) deel van de ziektekostenverzekering. Die verantwoordelijkheid betreft het gedeelte van de particuliere ziektekostenverzekering dat wettelijk geregeld is in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998). Deze wet regelt onder meer het toezicht op de uitvoering van de zogenaamde omslagregeling. Hierop wordt verder ingegaan in 5.3.

De overige particuliere (inclusief aanvullende) ziektekostenverzekeringen vallen onder het bereik van de Europese Schaderichtlijnen, die in Nederland zijn uitgewerkt in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993). De richtlijnen en de WTV 1993 bevatten een groot aantal bepalingen gericht op het beschermen van de belangen van de consumenten van particuliere schadeverzekeringen, maar verbieden materiële overheidsbemoeienis met de toegankelijkheid, de inhoud, de voorwaarden en de premiestelling van die verzekeringen. De beschermingsbepalingen betreffen vooral het bewaken van de bestuurlijke inrichting (inclusief de integriteit van de bestuurders) en de financiële soliditeit van de verzekeraars. Hierop is toezicht geregeld. Dit toezicht geldt ook voor particuliere ziektekostenverzekeraars. Het toezicht wordt uitgeoefend door de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK), die onder de verantwoordelijkheid van de Minister van Financiën en de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid valt, alsmede de Stichting uitvoering omslagregelingen (Suo) als uitvoeringsorgaan van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering 1998 (WTZ 1998).

De Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (Fiod), onderdeel Economische Controledienst (ECD), als onderdeel van de Belastingdienst, is op grond van de Wet economische delicten onder meer belast met het toezicht op de naleving van de Wet Tarieven gezondheidszorg (WTG). Uit dien hoofde ziet de Fiod/ECD erop toe dat zorgaanbieders geen andere tarieven in rekening brengen dan ingevolge de WTG is toegestaan. Daarnaast verricht de Fiod/ECD in opdracht van en in samenwerking met het College tarieven gezondheidszorg (CTG) toezichthoudende onderzoeken.

In het kader van de door ons uitgevoerde analyse op het terrein van de particuliere ziektekostenverzekeringen en aanvullende verzekeringen beperken wij ons hierna tot het uitgevoerde toezicht op dit terrein.

### 5.3. Toezicht op particuliere ziektekostenverzekeraars

De Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK) houdt toezicht op de particuliere verzekeringsbranche. Het toezicht is in hoofdzaak gericht op het waarborgen van de solvabiliteit van de verzekeraar. Daarnaast verleent de Pensioen- en Verzekeringskamer vergunningen aan rechtspersonen die in Nederland het particuliere verzekeringsbedrijf (waaronder het ziektekostenverzekeringsbedrijf) willen uitoefenen.

Uit het gesprek dat wij gevoerd hebben met vertegenwoordigers van de PVK komt onder meer naar voren, dat de PVK bij haar toezicht geen aandacht besteedt aan het risico op fraude op het gebied van declaraties en gebruik van de zorgpas. De verzekeraar bepaalt zelf welke "schade" wordt betaald.

Het risico van "interne" fraude bij en door de verzekeraar vormt een ander aspect van toezicht voor de PVK. In dat kader toetst de PVK bij de verzekeraar ondermeer de betrokkenheid bij het fraudeprotocol van het Verbond van Verzekeraars en het bestaan van een intern integriteitprotocol. De procedurele (door)werking hiervan binnen de organisatie van de verzekeraar wordt door de PVK door middel van gesprekken vastgesteld.

Als resultaat van het door hen uitgevoerde toezicht heeft de PVK een aantal aanbevelingen geformuleerd voor verbetering van de interne integriteitmaatregelen bij verzekeraars.

De Stichting uitvoering omslagregeling (Suo) is het uitvoeringsorgaan van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998). Eén van de taken van de Suo is toezicht uitoefenen op de particuliere ziektekostenverzekeraars, voor zover het de uitvoering van de omslagregeling betreft. Concreet houdt dit in dat de Suo er op toeziet dat particuliere ziektekostenverzekeraars op juiste gronden verzekerden onderbrengen onder een WTZ-polis. De Suo kan daarbij regels stellen ten aanzien van de inrichting van de administratie waaraan de particuliere ziektekostenverzekeraars moeten voldoen.

Wij hebben de indruk dat de Suo zich bij het uitoefenen van haar toezichtstaak vooral richt op de juiste toepassing van de WTZ regeling door particuliere ziektekostenverzekeraars en zich niet richt op de beoordeling of de gedeclareerde zorg ook is geleverd.

#### 5.4. Toezicht op verzekerden

Er is geen toezicht vanuit de overheid op de verzekerden. Toezicht en controle op verzekerden vindt plaats (of moet plaatsvinden) binnen de reguliere activiteiten van de particuliere verzekeraar en de zorgaanbieder.

#### 5.5. Conclusies toezicht

De minister van VWS is op het in dit onderzoek onderzochte terrein slechts in beperkte mate verantwoordelijk voor het functioneren van particuliere ziektekostenverzekeraars. De reden daarvoor is dat dit de private sector betreft. Wel heeft hij een toezichthoudende verantwoordelijkheid uit hoofde van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekering (WTZ).

In het toezicht op de particuliere ziektekostenverzekeraars, waarbij de Pensioen- en verzekeringskamer (PVK) en de Stichting uitvoering omslagregeling (Suo) een functie vervullen, neemt de beoordeling van de risico's op fraude in het declaratieverkeer en misbruik van de zorgpas, alsmede de maatregelen van ziektekostenverzekeraars daartegen, een ondergeschikte plaats in. Daarnaast vormt het aspect van de materiële controles door ziektekostenverzekeraars (nagaan of gedeclareerde zorg ook is geleverd) – voor zover wij hebben kunnen nagaan - ook geen onderdeel van structureel toezicht.

Wij concluderen dat de verantwoordelijkheden voor toezicht door of namens de overheid niet is opgezet met de doelstelling om de fraudemogelijkheden en samenhangende beheersingsmaatregelen bij de particuliere ziektekostenverzekeraars in beeld te brengen. De primaire verantwoordelijkheid daarvoor ligt hoofdzakelijk bij de particuliere ziektekostenverzekeraars zelf.

## 6. Omvang Fraude

### 6.1. Inleiding

In het door ons opgestelde “Plan van Aanpak Operational Audit Beheersing Frauderisico’s Ziektekostenverzekeraars” is aangegeven dat in de audit de omvang en oorzaken van de feitelijke fraude niet in beeld worden gebracht.

Hiermee wordt bedoeld dat in dit deelonderzoek geen eigen inschatting van de omvang van het probleem van fraude wordt gedaan.

Gesteld kan worden dat de bepaling van de omvang van fraude zodanig gecompliceerd is dat een dergelijke inschatting zonder aanvullend en diepgaand onderzoek niet mogelijk is.

Wel is door ons gekeken naar de inschattingen inzake de omvang van fraude in het stelsel van zorg en verzekering die door derden zijn gemaakt. Daarbij is gebruik gemaakt van op dit moment beschikbare informatie.

### 6.2. Bevindingen met betrekking tot omvang van fraude op basis van inschattingen van derden

In het rapport “Reden tot zorg: fout en fraudegevoeligheid bij zorgverzekeringen”, uitgebracht in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is ondermeer het volgende weergegeven:

Werkelijke fraude is per definitie hoger dan geregistreerde fraude. Dat maakt het schatten van de schadeomvang van fraude zo moeilijk. Er bestaat (bij een aantal ziektekostenverzekeraars) geen systematische registratie van fraudegevallen. Het zicht op het werkelijk aantal fraudegevallen en vergissingen bij zorgverzekeringen is tot op heden dus vrij beperkt. Met de expertsessie<sup>8</sup> is getracht meer helderheid in de omvang van de problematiek te verschaffen. Dit is gebeurd op twee manieren:

1. Kwaliteit van detectie van de interne organisatie:  
De experts hebben de kans ingeschat dat fraudegevallen vermoed worden door de interne organisatie en de kans dat ze bewezen worden. Met deze schatting kunnen de bekende gevallen (de geregistreerde fraudegevallen) opgehoogd worden naar het “werkelijk” aantal fraudegevallen (incl. de niet geregistreerde fraudegevallen).
2. Nalevinggedrag van de doelgroep  
De experts hebben het nalevinggedrag van de doelgroep ingeschat via een door CMC<sup>9</sup> aangereikte methodiek. Hiermee is inzicht verschaft in het aantal overtreders.

Het gaat in het bovenstaande om een methodiek om het aantal mogelijke fraudegevallen te bepalen. In het rapport komt geen duidelijk rekenmodel aan de orde over de omvang van de fraude in bedragen.

Wel staat de volgende passage in het rapport:

*“Het blijkt moeilijk de schade in guldens uit te drukken, maar al zou er slechts voor 1% gefraudeerd worden, dan hebben we het al over 700 miljoen gulden. De experts schatten het fraudepercentage echter hoger in.”*

Wij beschouwen deze passage als een opmerking die op zich juist kan zijn maar is gebaseerd op inschattingen en daardoor speculatief van aard is. Juist omdat het gaat om inschattingen is het van belang dat de nauwkeurigheid van deze inschatting wordt weergegeven. Met name de kans op afwijking van de feitelijke situatie ten opzichte van de weergegeven inschattingen verdient een nadere

<sup>8</sup> Een expertsessie is een methodiek waarbij op basis van de visie en inschattingen van een aantal experts gekomen wordt tot een set van bevindingen.

<sup>9</sup> Compliance Methodology Consultants, Amsterdam

toelichting bij de presentatie van met name de kwantitatieve inschattingen. Een onderbouwing van de (nauwkeurigheid) van inschattingen wordt in het betreffende rapport niet gegeven.

In aanvulling op het bovenstaande stellen wij ook vraagtekens bij de inschatting van de financiële omvang van foutnota's buitenland voor een bedrag van 660 miljoen gulden. Dit bedrag is berekend door de ingeschatte kosten buitenland à 2,7 miljard gulden te vermenigvuldigen met het ingeschatte foutpercentage (24,5%). Het bedrag van de kosten buitenland alsmede het geschatte foutpercentage zijn hierbij niet onderbouwd. Tegelijkertijd kan geconstateerd worden dat door deze berekeningswijze het hele bedrag van een declaratie als fraudebedrag wordt aangemerkt en niet alleen het opgehoogde c.q. fictieve deel van de declaratie.

In een gesprek met ons heeft ZN aangegeven dat de absolute (kwantitatieve) inschattingen die in het rapport zijn weergegeven (ondermeer omvang fraude algemeen en omvang foutnota's buitenland) niet zijn onderbouwd. ZN geeft aan dat niemand de omvang van fraude in de zorg kent, ook zij niet. Zij achten relativering van de absolute (kwantitatieve) inschattingen op zijn plaats.

De andere rapporten onthouden zich van een inschatting van de omvang van de fraude:

In het rapport "De intentie tot preventie" van de Fiod/ECD wordt geconcludeerd dat:

*"Gezien het feit dat op dit moment nog niet bij alle ziektekostenverzekeraars fraudecoördinatoren aanwezig zijn, dat een fraudebeheersingsplan en/of protocol nog vaak ontbreekt en dat er nauwelijks sprake is van scholing op het terrein van fraudesignalering kan echter worden geconcludeerd dat er van een systematische en gestructureerde aanpak nog lang niet altijd sprake is.*

*Hierdoor bestaat het risico dat een groot aantal gevallen van onregelmatigheden en fraude nog steeds niet door de zorgverzekeraars wordt opgemerkt, al zijn harde cijfers hierover op basis van dit onderzoek niet te geven."*

In het rapport "Zorg om zorgfraude" van het Openbaar Ministerie wordt geconcludeerd dat:

*"niet bekend is wat de omvang van zorgfraude is. Er zal onderzoek moeten worden verricht naar de omvang en aard hiervan. Op grond van de resultaten van het onderzoek zal een gericht plan van aanpak dienen te worden vervaardigd."*

### 6.3. Conclusie Omvang

Wij onderzochten in de drie genoemde rapporten of er harde indicaties zijn over de omvang van de fraude. Slechts in één rapport worden kwantitatieve inschattingen gedaan. De opdrachtgever voor het betreffende rapport (ZN) heeft desgevraagd meegedeeld dat de kwantitatieve inschattingen die in het rapport zijn weergegeven niet zijn onderbouwd. ZN acht relativering van de in het rapport geformuleerde kwantitatieve inschattingen op zijn plaats. Wij delen deze visie.

Op basis van het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat er geen harde indicaties zijn om een onderbouwde uitspraak te doen over de omvang van fraude in het particuliere deel van het stelsel van zorg en verzekering.



## BIJLAGE 1a: ANALYSE FRAUDEMOGELIJKHEDEN PARTICULIERE EN AANVULLENDE VERZEKERING OP VERZEKERDENIVEAU

Handeling	(Adm.) Kader	Fraudemogelijkheden	Schade/ nuancing	Beheersmaatregelen	Verbetersuggesties
Inschrijving	-private overeenkomst tussen verzekerde en ziektekostenverzekeraar; -WTZ	-aanvraagformulier en/ of gezondheidsverklaring onjuist ingevuld waardoor een te ruime dekking wordt gegeven of een te lage verzekeringspremie wordt overeengekomen;		-opzegging verzekering wanneer aanvraag onjuist blijkt te zijn (in polisvoorwaarden opnemen);	
Genieten van zorg	-private overeenkomst tussen verzekerde en zorgaanbieder;	-ten onrechte gebruiken van zorgpas		-opzegging verzekering wanneer misbruik of oneigenlijk gebruik van zorgpas blijkt;	-afzonderlijke identificatieplicht bij zorgaanbieders; -nieuwe zorgpas met geldigheids termijn.
Declaratie ziektekosten	-restitutiestelsel	-geleverde zorg is niet geleverd aan verzekerde (aanpassen nota's door verzekerde, gefingeerde nota's, gekochte fictieve nota's uit buitenland, declaratie niet gemaakte reiskosten); -geleverde zorg is niet verzekerd; -geleverde zorg was niet noodzakelijk; -voor de geleverde zorg is reeds eerder betaald (dubbel indienen nota's, te weten origineel en duplicaat); -verzekerde ontvangt zorg op kosten verzekering zonder geldige indicatie;	-het ontbreken van een indicatie betekent niet direct dat zorg niet noodzakelijk was;	-preventieve maatregelen: naleving Fraudeprotocol van Verbond van Verzekeraars; uitvoeren van risicoanalyses ziektekostenverzekeraars, hogere afschrikking; -detectiemaatregelen: bewustzijn vergroten in eigen organisatie, steekproefsgewijze controle, invoeren systeemcontroles, koppeling visuele en systeemcontroles, ontwikkelen van fraude-detectiecriteria, ingebouwde bewakingsfunctie in automatiseringssysteem; -sanctioneringmaatregelen: stopzetten verzekering, terugvorderen schadebedrag, inschakelen Fiod/ECD inzake strafrechterlijk onderzoek, aangifte bij politie, melding bij Fiod/ECD, uitwisselen gegevens met andere ziektekostenverzekeraars c.q. fraudecoördinatoren; -poortwachterfunctie huisarts; -Stimulering deelname Stichting Zorgpas (bestrijding zorgpasfraude); -Zorg informatie Netwerk: informatienetwerk waarbinnen geautoriseerd informatie kan worden doorgegeven zoals gegevens patiënten, of declaratie- en betalingsverkeer;	-administratieve procedures w.o. de tarieven en het declaratiestelsel zijn ondoorzichtig en worden als bureaucratistisch en onpraktisch ervaren en daardoor slecht nageleefd; -invoering naturastelsel (waardoor rol verzekerde wordt uitgeschaald); -invoeren identificatieplicht bij zorgaanbieders (ter bestrijding van zorgpasfraude); -nieuwe zorgpas met geldigheids termijn;

Premiebetaling	-private overeenkomst tussen verzekerde en ziektekostenverzekeraars; -WTZ i.v.m. standaard verzekering	-hoogte premievaststelling onjuist vanwege onjuiste aanlevering gegevens verzekerde bij inschrijving		-opzegging verzekering wanneer aangeleverde gegevens bij inschrijving onjuist blijken te zijn;	-overleg tussen verzekeraars onderling;
----------------	---	--	--	--	---

**BIJLAGE 1b: ANALYSE FRAUDEMOGELIJKHEDEN PARTICULIERE EN AANVULLENDE VERZEKERING OP ZORGAANBIEDERSNIVEAU**

Handeling	(Adm.) Kader	Fraudemogelijkheden	Schade/nuancering	Beheersmaatregelen	Verbetersuggesties
Declaratie	-private (productie) afspraken tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars; -WTG	-de gedeclareerde zorg is niet aan verzekerde geleverd: hanteren van een andere omschrijving i.v.m. polisdekking, opvoeren van niet uitgevoerde behandelingen; -de geleverde zorg is niet verzekerd; -de geleverde zorg was niet noodzakelijk; -de prijs van de geleverde zorg is niet juist: er wordt b.v. ten onrechte nachten weekendtarief berekend, onjuiste tarief in rekening brengen; -het verrichten van niet-controleerbare (be)handelingen; -oneigenlijke gebruik (zoals b.v. het knippen van recepten ten eigen bate); -dubbel indienen van nota's met bijvoorbeeld een herinneringsnota; -het verlenen van zorg terwijl een indicatie ontbreekt;	-het ontbreken van een indicatie wil niet zeggen dat de verleende zorg niet noodzakelijk was; -het knippen van recepten wijst niet in alle gevallen op oneigenlijk gebruik; -niet alle onjuiste declaratie betreft direct fraude; het merendeel betreft onjuiste declaratie vanwege onduidelijke regels of afspraken en fouten of onjuiste procedures in administratieve systemen;	-preventieve maatregelen: naleven fraudeprotocol van Verbond van Verzekeraars, deelnemen aan Werkgroep Declaraties van ZN en naleven van de aanbevelingen en de richtlijnen van deze werkgroep, vergroten bewustzijn van medewerkers ziektekostenverzekeraars, instellen centraal meldpunt, aanstellen fraudecoördinatoren, aanleggen incidentenregister, hogere afschrikking, laten ondertekenen van declaraties door verzekerden, ondertekenen en invoeren Model-Beleidsplan Fraudebestrijding van ZN; -detectie maatregelen: uitvoeren van controles op gedeclareerde tarieven, steekproefsgewijze controles, ontwikkelen van frauderisicocriteria, opnemen attentiepunten in de AO/IC-procedures, systeemcontroles, koppelen visuele en systeemcontroles, uitvoeren risicoanalyses, ingebouwde bewakingsfuncties in het automatiseringssysteem; -sanctionering maatregelen: inschakelen Fiod/-ECD inzake strafrechterlijk onderzoek, verrekenen onjuist gedeclareerde bedragen, samenwerken met andere ziektekostenverzekeraars, aangifte bij politie en Fiod/ECD, verrichten van aanvullend onderzoek, beëindiging relatie met zorgaanbieder; -Zorg informatie Netwerk: informatienetwerk waar binnen geautoriseerd allerlei informatie kan worden doorgegeven zoals gegevens patiënten, of declaratie- en betalingsverkeer; -stimulering deelname Stichting Zorgpas (bestrijding zorgpasfraude);	-administratieve procedures w.o. de tarieven en het declaratiestelsel zijn ondoorzichtig en worden als bureaucratisch en onpraktisch ervaren en daardoor slecht nageleefd; -invoeren naturastelsel; -aanpassen wettelijk regelgeving waardoor controle bemoeilijkt wordt, zoals het medisch beroepsgeheim en de privacybescherming; -scholing fraudecoördinatoren;

**BIJLAGE 1c: ANALYSE FRAUDEMOGELIJKHEDEN PARTICULIERE EN AANVULLENDE VERZEKERINGEN NIVEAU INTERNE PROCESSEN ZIEKTEKOSTENVERZEKERAARS**

Handeling	(Adm.) Kader	Fraudemogelijkheden	Schade/nuancering	Beheersmaatregelen	Verbetersuggesties
Beheerskosten		-onjuiste verdeling tussen particuliere en ziekenfondsverzekering;		- toezicht door CTZ;	-vergroten transparantie door uitvaardigen administratievoorschriften;
Kosten verstrekkingen		-verstrekking die vallen onder particuliere verzekering onderbrengen bij ziekenfondsverzekering;		-toezicht door CTZ;	-vergroten transparantie;
Baten		-meer baten ten gunste van particuliere verzekeringen ten laste van de ziekenfondsverzekering (geldt m.n. toerekening beleggingsopbrengsten);		- toezicht door CTZ;	
Fraude door medewerkers		-medewerker sluipt geld door naar eigen rekening; -afspraken tussen inkoper ziektekostenverzekeraar en aanbieder/leverancier ten eigen bate inkoper ;		-vergroten bewustzijn bij medewerkers (normen en waarden); -ontwikkelen integriteitbeleid; -eisen aan interne administratieve organisatie; -screenen personeel; -algemeen fraudebeleid; -bevorderen van kennis van een goed fraudebeheersproces dat ook sluit op corporate crime; -dubbele fiattering declaratie boven een bepaald bedrag; -beperken toegang tot betalingsbescheiden; -geautomatiseerde signalering bij afwijkende bankgegevens.	
Bestuursfraude	-WTZ	-het ten onrechte aanbieden van standaard verzekering aan verzekeren die hier niet onder vallen;		-toezicht door Suo; -toezicht door PVK;	