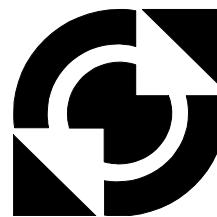


Universiteit Twente



FRAUDERISICO-ANALYSE GEZONDHEIDSZORG

Eindrapport

prof.dr. Romke van der Veen
dr. Nico Groenendijk

Faculteit Bedrijf, Bestuur en Technologie
Universiteit Twente
Enschede

28 maart 2003

SAMENVATTING

Volgens recente berichtgeving in diverse media is het mogelijk dat er in de zorgsector op aanzienlijke schaal fraude wordt gepleegd. Dit eindrapport, en de drie onderliggende deelrapportages, analyseren de risico's van fraude in de zorgsector. De rapporten geven antwoord op de vraag waar eventuele mogelijkheden zitten tot het plegen van zorgfraude en in hoeverre die mogelijkheden worden begrensd door beheersingsmaatregelen. De rapporten geven géén antwoord op de vraag welke omvang eventuele zorgfraude heeft, maar bieden wel inzicht in de ernst van de fraudeproblematiek in de zorgsector.

De centrale overkoepelende vraagstelling luidt: *Welk risico bestaat er op fraude in de (publieke en particuliere) gezondheidszorg door de wijze waarop administratieve en financiële systemen en processen zijn vormgegeven, alsmede de wijze waarop controle en toezicht zijn georganiseerd?*

Dit eindrapport borduurt voort op drie deelrapportages, die verschillende delen van de zorgsector bestrijken:

- De eerste deelrapportage van het College van toezicht op de zorgverzekeringen betreft de publiekrechtelijke zorgverzekeringen: de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- De tweede deelrapportage van de Auditdienst van het Ministerie van VWS richt zich op de particuliere ziektekostenverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen;
- De derde deelrapportage van de FIOD-ECD onder opdrachtvoering van het College tarieven gezondheidszorg richt zich op de aanbieders van zorg.

Centraal in deze frauderisico-analyse staat de idee dat de mogelijkheden tot fraude en het frauderisico afhankelijk zijn van de financieel-administratieve kaders waarbinnen de gezondheidszorg wordt uitgevoerd. Dat is het grote verschil tussen deze analyse en de rapporten die eerder in het nieuws zijn gekomen. Wanneer geen rekening wordt gehouden met het feit dat financieel-administratieve kaders de mogelijkheden tot frauderen sturen en belemmeren kan een sterk vertekend beeld van de frauderisico's in de gezondheidszorg ontstaan. En dat is dus gebeurd.

De mogelijkheden om fraude te plegen en het risico dat fraude wordt gepleegd zijn primair afhankelijk van de aard en het aantal transacties dat plaats vindt in het stelsel van gezondheidszorg, de wijze waarop deze transacties zijn ingebed in een systeem van zorgverzekeringen en in een systeem van zorgleverantie, en het systeem van beheersing (controle en toezicht) waaraan deze transacties zijn onderworpen.

In onze analyse van fraudemogelijkheden en -risico's zetten we steeds vijf stappen: er vinden (1) handelingen plaats, die (2) in een zorg- of verzekeringssysteem zijn ingebed, waardoor (3) bepaalde fraudemogelijkheden ontstaan die (4) onderworpen zijn aan een systeem van

beheersing (dat betreft allerlei vormen van toezicht en controle) en (5) waarvan de aard of de omvang variabel is.

De voornaamste conclusie van dit eindrapport is dat er -gelet op frauderisico's- zonder meer bepaalde zwakke plekken in het zorgstelsel zitten, waarvan het merendeel overigens ook in eerdere publikaties naar voren is gekomen:

- a. zorgpasfraude (in de ZFW en in de particuliere verzekeringen);
- b. declaratiefraude door verzekerden (voor de ZFW en voor de particuliere verzekeringen vooral met betrekking tot zorg genoten in het buitenland; voor de particuliere verzekeringen ook in geringe mate bij binnenlandse declaraties);
- c. declaratiefraude door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Het risico concentreert zich bij enkele groepen, namelijk tandartsen, paramedici, ziekenvervoer (met uitzondering van het ambulancevervoer), en bij farmaceutische hulp;
- d. fraude door aanbieders in de thuiszorg (AWBZ);
- e. fraude bij de vaststelling van instellingsbudgetten sinds de gesloten budgetsystematiek opgeheven is.

In dit rapport wordt zoals gezegd geen schatting van de omvang van de fraude in de gezondheidszorg gegeven. Daarvoor ontbreekt het materiaal en ontbrak voor deze rapportage ook de tijd. Wel geven we waar mogelijk op basis van bestaande kennis inzicht in aard en omvang van eventuele fraude.

Dit heeft er toe geleid dat wij bijvoorbeeld de omvang van de fraude met buitenlandse declaraties aanmerkelijk lager inschatten dan in eerdere rapportages. Op basis van informatie van het CTZ bedraagt het totaal aan in het buitenland genoten zorg dat gedeclareerd wordt door verzekerden 15 miljoen euro. De eventuele fraude met deze declaraties betreft uiteraard slechts een percentage van deze 15 miljoen euro. In eerder rapporten werden vele malen hogere cijfers genoemd. Waar men deze op baseerde blijkt bij nadere beschouwing onduidelijk.

Ook illustreert deze rapportage dat een deel van de fraude in de zorg niet onder de noemer zelfverrijking valt. Wanneer instellingen hun budgetten verhogen kan er sprake zijn van fraude, maar de zo verworven middelen blijven wel binnen de gezondheidszorg en binnen de instelling. Hiermee is niet gezegd dat dergelijke fraude niet onwenselijk is –ze kan leiden tot een ongewenste verdeling van middelen over instellingen- maar we spreken hier toch over een ander fenomeen dan over zelfverrijking door verzekerden of zorgaanbieders.

Verder laat deze rapportage zien dat fraude ook kan leiden tot verplaatsing van middelen zonder dat dit leidt tot hogere zorguitgaven, hogere premies of hogere collectieve lasten. Het zijn vooral de budgetteringsmaatregelen die hiervoor zorgen. Sommige vormen van fraude leiden er toe dat men (zorgaanbieders, zorgverzekeraars) elkaar benadeelt, zonder dat sprake hoeft te zijn van een collectief nadeel. Ook hiervoor geldt niet dat deze vorm van fraude niet

onwenselijk is, maar de aard van de fraude relateert de gevolgen voor het systeem van gezondheidszorg. En bij het nadenken over mogelijke maatregelen ter beheersing van fraude is het van belang deze gevolgen van fraude mee in de overweging te betrekken.

In deze eindrapportage worden ook aanbevelingen gedaan. Zij betreffen onder andere:

- een identificatieplicht,
- een mogelijke versterking van de rol van cliënten/patiënten,
- een versterking van de daadwerkelijke controle op het proces van zorgleverantie,
- het invoeren van administratieve voorschriften voor zorgaanbieders (om betere controle mogelijk te maken),
- verbetering van de informatievoorziening in de AWBZ (die nu zeer te wensen over laat),
- een explicitering van de eisen die aan de accountant in het toezicht worden gesteld,
- een reductie van de complexiteit van het tarievenstelsel,
- het uitbreiden van sanctiemogelijkheden voor verzekeraars, en
- de verbetering van het gebruik van ICT in administratieve systemen om zo administratieve lasten te verminderen en transparantie te vergroten.

In dit rapport is getracht denkend vanuit de financieel-administratieve kaders die de zorg sturen en beheersen het probleem van fraude in de zorg te analyseren. Dit is wellicht niet het grootste probleem in de zorg. Het bekostigingssysteem dat in Nederland in de loop der jaren is ontstaan is zeer succesvol in de mate waarin de kosten voor de gezondheidszorg beheersbaar zijn geworden. Maar wat is de prijs die hiervoor wordt betaald? De beheersingsmaatregelen lijken ook ongewenste en onbedoelde effecten met zich mee te brengen. We kunnen bijvoorbeeld denken aan de complexe systematiek van budgetteren, aan de hiermee gepaard gaande administratieve lasten, aan het toenemende gebrek aan transparantie van het budgetteringssysteem, aan de tekorten in de zorg (wachtlijsten) etcetera.

Deze problematiek is voor de toekomst van de gezondheidszorg wellicht belangrijker dan de fraudeproblematiek. Met het oog op de toekomst van de gezondheidszorg en met het oog op de voorgenomen beleidswijzigingen –de zogenaamde modernisering van de zorg- verdient het aanbeveling nadrukkelijk stil te staan bij de mechanismen die voortvloeiën uit de huidige financieel-administratieve ordening van de gezondheidszorg, in het bijzonder de diverse beheersingsmaatregelen, en bij de mogelijke onvoorziene en negatieve gevolgen die zij hebben voor de kwaliteit en het aanbod van zorg.

De mogelijkheden tot frauderen in de gezondheidszorg zijn zoals gezegd afhankelijk van de aantallen transacties die plaatsvinden en van de begrenzingen die financiële- en administratieve systemen opleggen aan deze transacties. Vanuit dit perspectief is deze frauderisicoanalyse geschreven en vanuit dit perspectief dient ook de modernisering van de gezondheidszorg benaderd te worden. De voorgenomen modernisering van de zorg betreft: de integratie van ‘cure’ en ‘care’, de functionele omschrijving van aanspraken in de AWBZ, de invoering van meer vraagsturing; de invoering van een nieuw tariefstelsel door middel van

DBC's, etcetera. Deze voorgenomen beleidswijzigingen vergroten het aantal transacties drastisch en lijken de beperkingen waaraan ze onderhevig zijn en die tot reductie van fraudemogelijkheden leiden behoorlijk te verzwakken. Het verdient aanbeveling vanuit het perspectief van beheersing van de kosten van de zorg en het tegengaan van fraude deze plannen nauwkeurig op hun mogelijke gevolgen te analyseren.

INHOUD

Samenvatting	2
0. INLEIDING	7
1. ACHTERGRONDEN	9
1.1 Wat is zorgfraude?	9
1.2 Zorgfraude: historie	13
1.3 Eerder onderzoek naar zorgfraude	14
2. FRAUDERISICO-ANALYSE: GEVOLGDE METHODE	18
2.1 Vraagstelling en afbakening	18
2.2 Werkwijze	19
2.3 Elementen van frauderisico-analyse	20
3. TRANSACTIES IN DE GEZONDHEIDSZORG EN DE WIJZE WAAROP ZIJN ZIJN INGEBED IN EEN FINANCIIEEL EN ADMINISTRATIEF SYSTEEM	22
3.1 Opzet van dit hoofdstuk	22
3.2 Het systeem van de zorgverzekeringen	23
3.3 Het systeem van de zorgverlening	30
3.4 Het verzekeringsproces	37
3.5 Het zorgverleningsproces	39
4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	50
4.1 Fraude in de zorg: kwetsbare plekken	50
4.2 Suggesties ter verbetering van zorgfraudebeheersing	51
4.3 Fraude en modernisering van de zorg	55
4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek	56
GERAADPLEEGDE LITERATUUR	58
Bijlage: methoden voor het bepalen van fraudeomvang	60

0. INLEIDING

Volgens recente berichtgeving in diverse media, met name gebaseerd op een tweetal onderzoeksrapporten¹, is het mogelijk dat er in de zorgsector op aanzienlijke schaal fraude wordt gepleegd. Dit eindrapport, en de drie onderliggende deelrapportages, analyseren de risico's van fraude in de zorgsector. De rapporten geven antwoord op de vraag waar eventuele mogelijkheden zitten tot het plegen van zorgfraude en in hoeverre die mogelijkheden worden begrensd door beheersingsmaatregelen. De rapporten geven géén antwoord op de vraag welke omvang eventuele zorgfraude heeft, maar bieden wel zicht op de mogelijke ernst van de fraudeproblematiek in de zorg.

Centraal in de frauderisico-analyse staat dat fraudemogelijkheden ontstaan en begrensd worden door de wijze waarop bepaalde handelingen en gebeurtenissen in de zorgsector (de inschrijving bij een ziekenfonds, een bepaalde medische verrichting, het declareren van een rekening) zijn ingebed in financiële en administratieve systemen en processen. Zo zullen de fraudemogelijkheden voor verzekerden in een naturastelsel (waarin verzekerden zorg krijgen geleverd en zelf geen kosten maken, zoals bij de Ziekenfondswet, hierna: ZFW) aanzienlijk verschillen van die voor verzekerden in een declaratiestelsel (waarin de verzekerden wel kosten maken en die declareren bij de verzekeraar, zoals bij de particuliere ziektekostenverzekeringen). Maar ook bij de aanbieders van zorg zijn financiële en administratieve systemen en processen in hoge mate bepalend voor de mogelijkheden voor het plegen van fraude. De fraudemogelijkheden voor huisartsen zullen verschillen van de fraudemogelijkheden voor tandartsen, die voor medisch specialisten in loondienst weer van die voor medisch specialisten in maatschappen.

Frauderisico-analyse is bovendien meer dan het in kaart brengen van fraudemogelijkheden. Frauderisico's worden uiteindelijk vooral bepaald door de beheersingsmaatregelen die van toepassing zijn: welke controle wordt er uitgeoefend op mogelijke fraude in termen van preventie, detectie en afhandeling, en hoe is het toezicht daarop geregeld?

De voornaamste conclusie van dit eindrapport is dat er -gelet op frauderisico's- zonder meer bepaalde zwakke plekken in het zorgstelsel zitten, waarvan het merendeel overigens ook in eerdere publicaties naar voren is gekomen:

- a. zorgpasfraude (in de ZFW en in de particuliere verzekeringen);
- b. declaratiefraude door verzekerden (voor de ZFW en voor de particuliere verzekeringen vooral met betrekking tot zorg genoten in het buitenland; voor de particuliere verzekeringen ook in geringe mate bij binnenlandse declaraties);
- c. declaratiefraude door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Het risico concentreert zich bij enkele groepen, namelijk tandartsen, paramedici, ziekenvervoer (met uitzondering van het ambulancevervoer), en bij farmaceutische hulp;
- d. fraude door aanbieders in de thuiszorg (AWBZ);

¹ "Reden tot zorg", daterend van augustus 2001, uitgebracht door Zorgverzekeraars Nederland en verricht door Compliance Methodology Consultants, en "Zorg om zorgfraude" door de Fraude Unit Oost van het Openbaar Ministerie, van september 2001.

- e. fraude bij de vaststelling van instellingsbudgetten sinds de gesloten budgetsystematiek opgeheven is (dit betreft overigens verruiming van de middelen van instellingen, geen zelfverrijking).

Dat iets een zwakke plek is, zegt niets over de grootte van het betreffende fraudeprobleem. Zonder de omvang -in €- van specifieke fraude te kunnen bepalen, is het soms toch mogelijk daar iets zinnigs over te zeggen. Voorzover de beschikbare informatie dat -op verantwoorde wijze – toelaat gebeurt dat ook. We herhalen dat er daardoor geen zicht ontstaat op dé omvang van dé zorgfraude in ons land. Wel ontstaat er zicht op de mogelijke ernst van de problematiek.

In dit eindrapport wordt regelmatig verwezen naar de deelrapportages van het College van toezicht op de zorgverzekeringen (hierna: CTZ), van de Auditdienst van het Ministerie van VWS (hierna: AD-VWS), en van de FIOD-ECD onder opdrachtvoering van het College tarieven gezondheidszorg (hierna: CTG/FIOD-ECD). De verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit eindrapport berust echter geheel bij ons. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de deelrapporten berust geheel bij de opstellers ervan. Dit eindrapport is bovendien geen samenvatting of synthese van de deelrapporten, maar een op zichzelf staande beschouwing over en analyse van frauderisico's in de zorgsector.

Verder benadrukken we dat het eindrapport en de deelrapporten in zeer geringe tijd tot stand zijn gebracht, zeker in het licht van de complexiteit van de problematiek van zorgfraude.

- opbouw van het rapport

In hoofdstuk 1 schetsen we enkele achtergronden bij de problematiek van de zorgfraude. We gaan in op het begrip zorgfraude, op de historie, en op eerder onderzoek naar zorgfraude. In hoofdstuk 2 behandelen we de gehanteerde vraagstelling, de werkwijze bij het opstellen van dit eindrapport en de deelrapportages, en de bij de frauderisico-analyse gevolgde methode. Hoofdstuk 3 vormt de kern van dit eindrapport, en biedt een beschrijving van de systemen en processen in de gezondheidszorg en de daaruit voortvloeiende fraudemogelijkheden en -risico's. Na een korte schets van het systeem van de zorgverzekeringen, en van het systeem van de zorgverlening wordt ingezoomd op het verzekeringsproces en het zorgverleningsproces. Beschreven wordt welke transacties er in deze processen plaatsvinden, hoe deze transacties zijn ingebed in allerlei financiële en administratieve systemen, welke fraudemogelijkheden resulteren, en welke controle en toezicht er plaatsvinden. Hoofdstuk 4 bevat de conclusies.

1. ACHTERGRONDEN

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op het begrip zorgfraude (paragraaf 1.1). Vervolgens staan we kort stil bij de aandacht die het onderwerp zorgfraude in ons land heeft gekregen (paragraaf 1.2). Aansluitend behandelen we enkele rapportages van eerder onderzoek naar zorgfraude (paragraaf 1.3).

1.1 Wat is zorgfraude?

- *inleiding*

Zorgfraude is er in verschillende soorten en maten. Als werkdefinitie voor de afzonderlijke rapportages is het volgende fraudebegrip gehanteerd: *het bewust handelen of nalaten in strijd met wet- en regelgeving en/of het opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens, met het doel hierbij ten onrechte uitgaven voor verstrekkingen (daaronder begrepen verstrekkingen in natura) en/of uitgaven voor beheer ten laste van de voor zorg bestemde (particuliere en publieke) middelen te brengen, minder te betalen ten bate van die middelen, of er extra inkomsten uit te ontvangen.*

Deze werkdefinitie:

- laat in het midden wie de fraude pleegt, en beperkt zich daardoor niet tot bijvoorbeeld alleen verzekerdensfraude;
- sluit onopzettelijke vergissingen van het fraudebegrip uit.

Over deze keuzes valt meer te zeggen. Waarin verschilt deze definitie bijvoorbeeld van andere definities?

Een vrij algemene definitie van zorgfraude is die van de Amerikaanse National Health Care Anti-Fraud Association (NHCAFA): *Fraud is any intentional deception or misrepresentation that the individual or entity makes knowing that the misrepresentation could result in some unauthorized benefit to the individual, or to the entity or to some other party* (genoemd in Offen, 1999, p. 322). Deze definitie bevat twee elementen die essentieel zijn voor fraude² en ook terug te vinden zijn in de gehanteerde werkdefinitie:

- onrechtmatigheid. Die onrechtmatigheid heeft zowel betrekking op het (beoogde) gevolg (unauthorized benefit) als op de frauduleuze handeling (deception);
- opzet, gericht op het verkrijgen van eigen voordeel.

In ons land komen verschillende definities van zorgfraude voor. Zo gebruikt Zorgverzekeraars Nederland de volgende definitie: *Fraude is het plegen of trachten te plegen van valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden en/of verduistering door bij de totstandkoming en/of uitvoering van een overeenkomst van schade, levens- of zorgverzekering betrokken personen en organisaties, en gericht op het verkrijgen van een uitkering of prestatie waarop geen recht bestaat of een verzekeringsdekking onder valse voorwendsels* (ZN, 2001, p.

² Deze elementen zijn ook terug te vinden in meer algemene definities van fraude, zoals die van Claes (2000, p. 59: Fraude is het zichzelf dan wel anderen door misbruik van geschonken vertrouwen, al dan niet met behulp van bedrieglijke middelen, wederrechtelijk bevoordelen) en van Schreuder (2003, p. 12:

19). Deze definitie is vrijwel identiek aan de definitie die door het Verbond van Verzekeraars wordt gehanteerd voor verzekeringsfraude in het algemeen, en ziet derhalve zorgfraude als een vorm van (particuliere) verzekeringsfraude.

In het publieke verzekeringsdomein circuleert een vergelijkbare definitie. Zo wordt in het in paragraaf 1.3 te behandelen onderzoek van de Ziekenfondsraad (1998) naar misbruik door verzekerden in de ziekenfonds- en AWBZ-verzekering de volgende definitie gehanteerd: *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 ontfopen.*

Om te laten zien dat we niet alle fraude over één kam kunnen scheren, bespreken we hieronder het begrip fraude nader aan de hand van enkele aspecten.

- mogelijk betrokkenen

De NHCAFA-definitie spreekt van individuen en entiteiten als mogelijke fraudeurs. In de definitie van de Ziekenfondsraad is er nauwelijks plaats voor zorgfraude gepleegd door individuele aanbieders of instellingen; alleen de verzekerde (of iemand die daarvoor wenst door te gaan) wordt genoemd. De definitie beperkt zich daardoor tot declaratiefraude door verzekerden en zorgpasfraude. De ZN-definitie is ruimer door te spreken van bij de totstandkoming en/of uitvoering van een verzekering betrokken personen en organisaties. Dat kan de (pseudo)verzekerde zijn, maar ook een zorgaanbieder, of de verzekeraar, of zijn employees. In onze eigen werkdefinitie wordt eveneens in het midden gelaten wie de fraude pleegt. In het onderzoek komen zowel individuen als organisaties aan bod, en zowel horizontale fraude (tussen actoren in de private sector onderling) als verticale fraude (fraude door burgers en particuliere organisaties jegens de overheid).

- opzet of vergissing?

In alle definities wordt fraude terecht beperkt tot gevallen waarin de gewraakte handelwijze opzettelijk wordt gevolgd. Op die manier worden vergissingen uitgesloten van het fraudebegrip. Als we bijvoorbeeld kijken naar declaraties door zorgaanbieders, dan is het niet juist niet-correcte declaraties volledig te vereenzelvigen met fraude. Onjuiste declaraties kunnen ook veroorzaakt worden door onduidelijke regels of afspraken, en door fouten of onjuiste procedures in administratieve systemen; verschrijvingen worden uitgelokt door de vele ingewikkelde en onduidelijke voorschriften³. Het gaat dan om zorgaanbieders die uit onwetendheid niet-rechtsgeldige tarieven in rekeningen brengen als gevolg van de ingewikkelde tarievenstructuur, de complexe regelgeving, of doordat het in rekening brengen volledig geautomatiseerd plaatsvindt en zich onttrekt aan de waarneming van de betrokken

Fraude is het verkrijgen van financieel voordeel door misbruik te maken van geschonken vertrouwen, waarbij dit voordeel wordt verkregen door verzwijging, verkeerde opgave van informatie en bedrog).

³ Zie Fraude Unit Oost (2001, p. 8 en 12) en deelrapportage CTZ ("Risico's op misbruik in Ziekenfondswet en AWBZ"), paragraaf 1.3.1.

zorgaanbieder⁴. Uiteraard laat dat de onrechtmatigheid onverlet (en de verantwoordelijkheid van betrokkenen als professionals de regelgeving juist toe te passen), maar indien onjuiste declaratie onopzettelijk plaatsvindt is het geen fraude.

Ook het niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens of het niet voldoen aan inlichtingenverplichtingen door zorgaanbieders (strafbaar gesteld in art. 1 sub 2 Wet economische delicten jo. artt. 30 en 34 WTG) is op zich nog geen fraude. Er moet daarvoor sprake zijn van enigerlei opzet gericht op het behalen van voordeel.

- aard van de intenties

Ook als er sprake is van opzet, is het mogelijk dat er wat anders aan de hand is dan regelrechte fraude, bijvoorbeeld openlijke en bewuste overtreding van regelgeving (waaronder het onrechtmatig verhogen van tarieven), om daarmee onvrede te uiten met onevenwichtigheden in het tarievenstelsel en/of met voor het bereiken van een bepaalde inkomenspositie ontoereikende tarieven⁵.

Daarmee komen we op een essentieel kenmerk van fraude: zelfverrijking als intentie. Openlijk begane onrechtmatigheden die uitsluitend bedoeld zijn als protest, zijn in zekere zin geen fraude; creatief boekhouden om het eigen inkomen op te vijzelen is dat wel.

Een andere mogelijkheid is dat betrokkenen regels overtreden om op die manier tegemoet te komen aan zorgbehoeften van patiënten; ons (complexe) zorgsysteem nodigt wellicht uit tot overtreding van regels omdat anders noodzakelijke zorg niet, niet voldoende of niet tijdig geboden kan worden. In dat geval is er niet echt sprake van zelfverrijking. Als een zorgaanbieder een niet-uitgevoerde behandeling wel declareert, en met het aldus verkregen geld zijn cliënt een hulpmiddel verschafft (dat de cliënt anders niet had kunnen bekostigen), dan heeft de zorgaanbieder daar zelf geen enkel voordeel bij. Hetzelfde geldt voor de huisarts die de toevoeging 'chronisch' op een recept zet, zodat de patiënt de betreffende medicijnen vergoed krijgt via de ZFW⁶. Stel nu echter dat zorgaanbieder en cliënt besluiten niet-verrichte behandelingen te laten declareren door de zorgaanbieder en 'de winst te delen'. Dan zijn beiden uit op zelfverrijking.

Bovendien maken zorgaanbieders -als professionals- zelfstandig beoordelingen van wat wel of niet kan of moet. Ook in dat geval moet terughoudend worden omgesprongen met de term fraude. Ter illustratie: het knippen van recepten door apothekers⁷ is niet in alle gevallen ingegeven door het aldus verkrijgen van meer vergoedingen, maar kan in specifieke gevallen terug te voeren zijn op een professioneel oordeel met betrekking tot verantwoord medicijngebruik.

⁴ Zie ook deelrapportage CTG/FIOD/ECD, onderdeel 10.

⁵ Brief van de Minister van VWS d.d. 26 juni 1997, Tweede Kamer, vergaderjaar, 1996-1997, 25.432, nr. 1.

⁶ Zie deelrapportage CTZ, paragraaf 2.3.

⁷ Bij het knippen van recepten wordt door een apotheker de hoeveelheid medicijnen die door de arts is voorgeschreven 'geknipt' in meerdere verstrekkingen van kleinere hoeveelheden. Aangezien de apotheker een vaste vergoeding per receptregel ontvangt, en het knippen resulteert in meerdere receptregels, levert knippen een hogere vergoeding op.

Zelfverrijking is overigens iets dat zich niet beperkt tot individuen; ook instellingen kunnen door verkeerde declaraties, dan wel verkeerde interpretaties bij kostenbepalingen, zichzelf 'verrijken' of liever: hun totale budget⁸ verhogen. In sommige gevallen kan het individueel belang direct samenvallen met het instellingsbelang, zoals bij privé-klinieken.

- *nadeel*

Bij fraude wordt door de betrokkene een bepaald voordeel beoogd. Niet in alle gevallen is duidelijk ten koste van wie of waarvan dat voordeel wordt behaald. Bij declaratiefraude door verzekeren is er uiteindelijk sprake van afwenteling van de fraude op het collectief door premieverhoging. Dat geldt ook voor interne fraude door (employees van) verzekeraars. Bij fraude door instellingen ligt de zaak gecompliceerder. Door de budgetsystematiek kan het zo zijn dat macro-budgettair gezien (en dus voor de premiehoogte) fraude geen gevolgen heeft, maar leidt tot een andere inzet van middelen. Een ziekenhuis dat door het bewust verstrekken van onjuiste informatie een hoger budget weet te bemachtigen, doet dat ten koste van andere ziekenhuizen. Er vloeien echter geen middelen weg uit de zorgsector, zoals wel het geval is bij verzekerdensfraude of bij fraude door individuele zorgaanbieders. Dat neemt niet weg dat ook dan voor de collectiviteit nadelige effecten optreden doordat er ongewenste verschuivingen kunnen optreden tussen verschillende soorten zorg of zorglocaties.

- *misbruik en oneigenlijk gebruik*

Het is denkbaar dat er formeel geen sprake is van onrechtmatigheden, maar dat bepaald gedrag wel haaks staat op het doel en de strekking van regelgeving. In dat geval spreken we van oneigenlijk gebruik. Een voorbeeld vormen wellicht de zogenaamde grijze productie-afspraken, waarbij een instelling en een verzekeraar (conform de voorschriften en ter goedkeuring van het CTG) een budget afspreken, gebaseerd op het halen van een bepaalde productie (zoals aantal opnames en aantal poliklinische behandelingen) en daarvoor financiering⁹ van die verzekeraar ontvangen, terwijl bij voorbaat duidelijk is dat die productie niet gehaald wordt, waardoor er binnen de verkregen financiering enige speelruimte ontstaat voor de instelling.

Het is soms lastig de grens te trekken tussen enerzijds oneigenlijk gebruik en anderzijds eigenlijk gebruik door een calculerende verzekerde of instelling. Een voorbeeld van dat laatste is het 'timen' van bepaalde verrichtingen met het oog op het eigen risico in een bepaald kalenderjaar van de cliënt.

⁸ In dit onderzoek wordt de term budget op twee mogelijke wijzen gebruikt. Allereerst als de bindende toewijzing door het CTG van middelen aan een instelling (dit is de betekenis die daar door het CTG aan wordt toegekend: het CTG-budget), en ten tweede als meer algemene aanduiding van de financiële speelruimte van een instelling.

⁹ Onder *financiering* wordt in de bedrijfseconomie het aantrekken en/of aanwenden van kapitaal verstaan. Bij het dekken van –lopende- uitgaven met –lopende- inkomsten (of van kosten met opbrengsten, in een exploitatie) is sprake van *bekostiging*. Dit onderscheid (tussen de kapitaalsfeer en de 'lopende sfeer') wordt in de zorgsector ten onrechte niet gemaakt; men spreekt altijd van 'financiering', ook als het gaat om jaarlijks terugkerende zaken, zoals ziekenhuisbudgetten. Ofschoon onjuist, hanteren we ook in dit rapport de term financiering, om de uiteenzettingen niet nodeloos te compliceren.

- interne en externe fraude

Onder interne fraude wordt fraude binnen organisaties verstaan, onder externe fraude fraude tegen organisaties, van buitenaf. Interne fraude door employees van verzekeraars of van zorginstellingen komt alleen in enkele deelrapporten aan bod, niet in dit eindrapport, omdat het fraude betreft die ons inziens te weinig specifiek is voor de zorgsector. Interne fraude op concern-niveau (als gevolg van het bestaan van schotten tussen het particuliere en het publieke verzekeringsdomein) komt wel aan de orde.

Zorgfraude (met name in de sfeer van de zorgaanbieders) is geen zwart-wit verschijnsel, maar een verschijnsel met vele grijstinten. Fraude komt zoals gezegd voor in allerlei maten en soorten, en het ene misbruik is het andere niet. Voor een risico-analyse betekent dat dat het van belang is niet alleen fraudemogelijkheden te benoemen, maar ook een inschatting en waardering te geven van de mogelijke impact en relevantie daarvan, mede met het oog op een afweging tussen kosten en opbrengsten van in te zetten beheersingsmechanismen.

1.2 Zorgfraude: historie

Aandacht voor zorgfraude richt zich veelal op enkele beroepsgroepen of groepen verzekerden. Fraude door verzekerden met declaraties voor zorg genoten in het buitenland, handel in zorgpassen, de levering van generica en declaratie van specialités, en het ‘knippen’ van recepten (apothekers), het declareren van aantallen verrichtingen die zich slecht verhouden tot normale werkweken (fysiotherapeuten), het bovengemiddeld vaak declareren van de zwaardere verrichtingen uit het tarievenboek (specialisten), tandartsen die slechts 3-vlaks vullingen aanbrengeen, het zijn stuk voor stuk voorbeelden van (vermeende) fraudepraktijken zoals die in het verleden hebben gespeeld. In sommige gevallen zijn daarop systemen aangepast, zoals bij de fysiotherapeuten door middel van de overgang naar een zittingentarief met gemiddelde behandelingstijd, en normering van het totaal aantal zittingen. Door verzekeraars zijn de echte uitbijters zoveel mogelijk aangepakt, door het terugzenden van verdachte declaraties of het inzetten van civielrechtelijke acties. Strafrechtelijke actie komt zelden voor en is ook nauwelijks succesvol. De bewijslast in het strafrecht is zwaarder dan in het civiel recht (opzetvereiste), en zorgfraude is geen makkelijk te bewijzen delict¹⁰. Het Openbaar Ministerie seponereert veel. Ter indicatie: sinds 1998 zijn er bij fraudemeldpunt van het Openbaar Ministerie 172 meldingen van zorgfraude binnengekomen, waarvan er 28 hebben geleid tot een aangifte. Van die 28 aangiften is in 9 gevallen proces-verbaal opgemaakt. In één geval is alsnog geseponereerd, drie zaken zijn inmiddels voor de rechter geweest, het onderzoek in de resterende vijf zaken loopt nog¹¹.

Fraudezaken die wel worden aangepakt leiden overigens niet altijd tot een vervolging, of leiden tot een vervolging voor slechts een fractie van de gevallen waarin de verzekeraar een

¹⁰ Zie ook de deelrapportage van CTG/FIOD-ECD, onderdeel 10. Overigens komt fraude als zodanig niet voor in het Wetboek van Strafrecht, wel de handelingen waarmee de fraude wordt gepleegd (valsheid in geschrifte, bedrog, oplichting).

ernstige verdenking van fraude had, waardoor -vergeleken met de civielrechtelijke weg- relatief weinig middelen worden teruggehaald. Mogelijke imagoschade speelt uiteraard ook een rol bij de keuze van verzekeraars tussen de 'harde' en openbare weg van de procedures en de stille route van schikkingen en herberekeningen. Het strafrecht vormt dus een *means of last resort*.

1.3 Eerder onderzoek naar zorgfraude

- inleiding

Directe aanleiding tot de frauderisico-analyse vormt het spoeddebat in de Tweede Kamer van 5 februari 2003, naar aanleiding van de uitzending van NOVA van 29 januari 2003. In die uitzending stonden twee onderzoeken centraal: "*Reden tot zorg*" (hierna: het CMC-onderzoek) en "*Zorg om zorgfraude*" (hierna: het FUU-onderzoek).

- het CMC-onderzoek (ZN, 2001)

"*Reden tot zorg*" is een onderzoek dat in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is verricht door Compliance Methodology Consultants (CMC), waarover in augustus 2001 is gerapporteerd. Het rapport is door de opdrachtgever aanvankelijk niet in de openbaarheid gebracht.

De kern van het rapport betreft de resultaten van een expertsessie, waaraan 14-15 medewerkers van zorgverzekeraars of overkoepelende organisaties meewerkten die in hun dagelijks werk allen in meer of mindere mate met fraude en/of onregelmatigheden bij zorgverzekeringen te maken hadden (ZN, 2001, p. 9). Door de experts is een inschatting gemaakt van het nalevingsgedrag (en mogelijk verklarende factoren daarvoor) van zorgaanbieders en zorgverzekerden, resulterend in percentages 'bewuste overtreders' per groep. Onder paramedici zouden zich 17% bewuste overtreders bevinden, onder huisartsen 5%. Bij de zorgverzekerden zou 5-6% bewust de regels overtreden. In de administraties van ziekenhuizen, tenslotte, zouden zich 3% bewuste onjuistheden voordoen. Bij de aanbevelingen bij het rapport treffen we vervolgens de redenering aan dat het moeilijk is de bijbehorende schade in gulden uit te drukken, maar "al zou er slechts voor 1% gefraudeerd worden, dan hebben we het al over 700 miljoen gulden", daar waar de experts de fraudepercentages ook nog eens aanzienlijk hoger inschatten dan 1%. Vanzelfsprekend zijn er naderhand in de media vergelijkbare rekensommen gemaakt met hogere percentages resulterend in een hogere fraude-omvang. Naar onze mening is het niet verantwoord -gelet op de variaties in financieringsstructuur van de zorg en de variatie in de aard van de mogelijke fraude- een schatting van fraude-omvang simpelweg te baseren op dergelijke niet-nalevingspercentages. In het CMC-rapport komt weliswaar een korte beschrijving voor van de inrichting en financiering van het zorgstelsel, maar een analyse van fraudemogelijkheden en -risico's vanuit de kenmerken van dat stelsel ontbreekt.

¹¹ Brief Minister van Justitie aan de Tweede Kamer over fraudebestrijding in de zorg, van 17 maart 2003.

Bovendien is het de vraag of in het CMC-onderzoek op betrouwbare en valide wijze niet-nalevingspercentages zijn verkregen. Expertonderzoek is een methode die hoge eisen stelt aan de methodologische verantwoording, en in dat opzicht valt er dermate veel af te dingen op het CMC-onderzoek¹² dat het plompverloren presenteren van niet-nalevingspercentages per groep, en het leggen van een relatie met fraude-omvang, onverantwoord is te noemen.

- *het FUIO-onderzoek*

“Zorg om zorgfraude” (september 2001), van de Fraude Unit Oost van het Openbaar Ministerie, biedt allereerst een overzicht van de activiteiten van verschillende actoren op het terrein van zorgfraudebestrijding, en de onderlinge samenwerking daarbij. Daarnaast biedt het rapport een verslag van gesprekken die met 19 respondenten¹³ zijn gevoerd over een vijftal vormen van zorgfraude en de bestrijding daarvan¹⁴. De uitkomsten van die gesprekken zijn niet-systematisch en grotendeels in de vorm van casuïstiek weergegeven. De voornaamste conclusies luiden dat het plegen van declaratiefraude en zorgpasfraude heel simpel is, dat het beheersproces bij verzekeraars is gericht op controle op de WTG-tarieven en niet op fraude, dat de detectie van fraude te wensen overlaat, en dat er praktisch geen aangifte van fraude wordt gedaan.

De stelligheid waarmee in het rapport conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan, wordt geenszins gerechtvaardigd door de onderzoeksopzet noch door de verantwoording. Ook hier vinden we geen beschrijving van de financieel-administratieve systemen binnen de zorgsector, en de betekenis daarvan voor fraudemogelijkheden. In methodologisch opzicht valt op dat er nauwelijks verantwoording plaatsvindt van de keuze van respondenten. Bovendien is onduidelijk op basis waarvan de gesprekken zijn gevoerd (Checklists? Gestructureerde vragenlijsten? “Roept u maar”?). Het rapport biedt een aardige bloemlezing van mogelijke zorgfraude en de problemen bij de bestrijding daarvan, maar ook niet meer dan dat.

Het CMC-onderzoek en het FUIO-onderzoek hebben dus gemeen dat de genoemde fraudemogelijkheden niet of nauwelijks worden ingebed in een beschrijving van de financieel-administratieve processen in de zorgsector. Het CMC-onderzoek bevat wel een beschrijving op hoofdlijnen van het stelsel, maar de analyse van het frauderisico (op basis van de expertsessies) staat daar geheel los van. Het FUIO-onderzoek richt zich in de beschrijving vooral op beheersingsmechanismen. Verder laten beide onderzoeken methodologisch sterk te wensen over.

¹² In het onderzoek wordt het aantal experts niet verantwoord, en wordt onvoldoende beargumenteerd waaruit nu exact de expertise van de experts bestaat. Zijn de experts ieder afzonderlijk deskundig op alle onderscheiden terreinen? Is er sprake van afzonderlijke inschattingen waarvan het gemiddelde is genomen, of van gezamenlijke oordeelsvorming? Welke waarborgen zijn er getroffen voor het niet-optreden van vertekening als gevolg van dominantie door één of enkele deelnemers? Het rapport meldt niets over de betrouwbaarheid van de metingen noch over de validiteit.

¹³ 10 fraudecoördinatoren en 9 respondenten werkzaam in de zorgsector.

¹⁴ Declaratiefraude door verzekeren, declaratiefraude door zorgaanbieders, declaratiefraude buitenland, zorgpasfraude, en interne fraude.

Los van deze inhoudelijke kritiek is onmiskenbaar dat beide rapporten er voor hebben gezorgd dat het onderwerp zorgfraude meer aandacht heeft gekregen dan voorheen, en hebben bijgedragen aan het toenemend bewustzijn ten aanzien van fraudegevoeligheid in de zorgverzekeringsbranche¹⁵.

- overig onderzoek naar zorgfraude

In 1998 verscheen het rapport "*Misbruik door verzekerden in de ziekenfonds- en AWBZ-verzekering*", opgesteld door de *Werkgroep misbruik* van het secretariaat van de toenmalige Ziekenfondsraad. Het rapport bevat een analyse van zwakke plekken in de ziekenfonds- en AWBZ-verzekering, en relateert die aan meer algemene ontwikkelingen en karakteristieken, zoals de afhankelijkheid van gegevens van belanghebbenden, ontwikkelingen in de uitvoeringsorganisatie, en handhavingsinstrumenten. Daarnaast bevat het de resultaten van een enquête onder toegelaten ziekenfondsen naar fraudemogelijkheden, daadwerkelijk geconstateerde misbruikgevallen, en handhavingsbeleid. De uitkomsten van de enquête boden te weinig houvast om uitspraken te doen omtrent de feitelijke omvang van (bepaalde vormen van) misbruik.

In juni 2002 verscheen het rapport "*De intentie tot preventie*" van de *FIOD-ECD*, een verslag van een onderzoek naar fraudepreventie door zorgverzekeraars, in het bijzonder bij door zorgaanbieders in rekening gebrachte WTG-tarieven. Aan de hand van een uitgewerkte vragenlijst/interviewleidraad is met vertegenwoordigers van een 20-tal verzekeraars gesproken over organisatorische maatregelen, foutenherkening/detectie en de fraudemeldingsprocedure. De conclusie van het rapport luidt dat –medio 2001- van een systematische en gestructureerde aanpak van het zorgfraudeprobleem nog lang niet altijd sprake was, maar dat de intentie om te komen tot een dergelijke aanpak zeker aanwezig was.

Het meest recent is het onderzoek van *Schreuder* (2003) getiteld "*Fraudebeheersing in de verzekeringsbranche*", waarin ook aandacht wordt geschonken aan zorgfraude. Hij betrof een tiental verzekeringsmaatschappijen in zijn onderzoek en vroeg de fraudecoördinatoren van deze maatschappijen een schatting te maken van het aantal fraude-incidenten als percentage van de totale hoeveelheid claims binnen de betreffende maatschappij op jaarbasis (voor een achttal verschillende soorten verzekeringsfraude). Voor zorgfraude durfde slechts één maatschappij een dergelijke schatting aan: 5%. Een zelfde vraag werd de respondenten voorgelegd maar nu voor alle maatschappijen gezamenlijk (dus niet alleen bij de eigen maatschappij). De helft van de respondenten vond het nog steeds onverantwoord een percentage te noemen, de overige antwoorden liepen uiteen van 4% tot maar liefst 25%. Gevraagd naar een schatting van het bedrag gemoeid met zorgverzekeringsfraude in Nederland, bleven 9 experts het antwoord schuldig, en noemde één expert het bedrag van € 40 miljoen. Dit onderzoek, dat overigens, in tegenstelling tot het eerder besproken CMC-onderzoek, methodologisch wel fatsoenlijk is onderbouwd, laat zien dat onderzoek naar de

¹⁵ Zie hierover meer uitgebreid de brief van Zorgverzekeraars Nederland aan de Minister van VWS van 20 maart 2003, het overzicht in bijlage 3 van de CTZ-deelrapportage, en paragraaf 4 van de deelrapportage van AD-VWS.

omvang van fraude door middel van inschattingen van experts nauwelijks leidt tot verantwoorde conclusies, ook al gaat men methodologisch zorgvuldig te werk. Verwant is verder een tweetal onderzoeken naar de onverzekerdenproblematiek in de zorgsector. Allereerst het onderzoek *"Onverzekerden in Amsterdam"* van de GG&GD Amsterdam (1991) naar het aantal onverzekerden in de medische hulpverlening. De dataverzameling voor dit onderzoek vond plaats bij betrokkenen bij de basisgezondheidszorg, bij huisartsen en particuliere hulpverleningsorganisaties, en bij ziekenhuizen. Onderscheid is in het onderzoek gemaakt naar een aantal groepen waarvan verwacht mocht worden dat onverzekerd zijn relatief vaak voorkomt, waaronder illegalen, verslaafden en dak- en thuislozen. In dit onderzoek bleek het niet mogelijk tot kwantitatieve uitspraken te komen omtrent de omvang van het onverzekerdenprobleem. In 1994 verscheen het rapport *"Onverzekerdenproblematiek in Amsterdam"* van ZAO Zorgverzekeringen, over hetzelfde onderwerp, dat uitkomt op een bedrag van 39 miljoen gulden aan medische consumptie door onverzekerden, in Amsterdam. Een en ander is gebaseerd op een schatting toendertijd, door de vreemdelingenpolitie, van het aantal illegalen in Amsterdam van 25.000, waarna dat getal is vermenigvuldigd met de gemiddelde kosten van medische consumptie (uitgaande van een terughoudend en beperkt gebruik door de betreffende groep¹⁶).

Ook in het buitenland is uiteraard onderzoek verricht naar zorgfraude. De uitkomsten daarvan laten zich echter niet vertalen naar de Nederlandse situatie omdat fraudemogelijkheden voor een groot deel worden bepaald door het specifieke financieel-administratieve systeem waarin verzekerden en zorgaanbieders opereren. Interessant is wel de discussie in de Verenigde Staten, en de overgang daar van een systeem dat vrijwel geheel gebaseerd is op 'fee-for-service' naar een systeem van 'managed care' met zogenaamde DRGs (diagnostic related groups). In het 'fee-for-service'-systeem hoort bij iedere afzonderlijke verrichting een declaratie, bij de DRGs wordt een cluster van behandelingen die past bij een bepaalde diagnose voorzien van een declaratie (via zogenaamde 'billing codes'). In het tweede systeem vinden er veel minder transacties plaats dan in het eerste; de overgang naar het systeem met DRGs wordt in de Verenigde Staten mede in het licht wordt geplaatst van de geringere mogelijkheden tot fraude in het laatstgenoemde systeem vergeleken met het eerstgenoemde (Jesilow, Geis en Harris, 1995; Davies en Jost, 1997; Rai, 2001).

¹⁶ Een rekensom leert dat is uitgegaan van een bedrag van 1.560 gulden (iets meer dan € 700). Het is de vraag of zelfs dat bedrag niet te hoog is gekozen, aangezien bekend is dat veel onverzekerden slechts in het uiterste geval medische hulp zoeken, en zich dan veelal beperken tot aanbieders en hulplokaties waar ze redelijk anoniem zijn (zoals eerste hulp afdelingen van grote ziekenhuizen).

2. FRAUDERISICO-ANALYSE: GEVOLGDE METHODE

In dit hoofdstuk besteden we allereerst aandacht aan de vraagstelling van dit eindrapport (paragraaf 2.1). Paragraaf 2.2 betreft de wijze waarop de drie deelrapporten en de eindrapportage tot stand zijn gekomen, paragraaf 2.3 beschrijft de voornaamste elementen van de methode die gebruikt is ter bepaling van de frauderisico's.

2.1 Vraagstelling en afbakening

In zijn brieven van 14 februari 2003 vraagt de Minister van VWS te onderzoeken welke mogelijkheden er zijn tot frauduleus handelen en waar zich risico's daarop voordoen. Het gaat daarbij om een tweetal beschrijvingen:

- a. een adequate beschrijving 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;
- b. een beschrijving van de huidige organisatorische (preventieve) controlesystemen (beheersingsmaatregelen), alsook van de wijze waarop daar al dan niet toezicht op wordt gehouden. Uit deze beschrijving moet duidelijk worden welke maatregelen en welke inspanningen door de onderscheiden actoren worden getroffen om bepaalde risico's in te perken.

De analyse moet uiteindelijk zicht bieden op de aard van zorgfraude en de wijze waarop die is te voorkomen. Verder vraagt de minister bijzondere aandacht voor twee onderwerpen die in het kamerdebat van 5 februari 2003 uitdrukkelijk aan de orde zijn gekomen: fraude bij inschrijving bij een zorgverzekeraar, en fraude bij declaratie van zorg die iemand in het buitenland heeft gekregen.

De minister vraagt uitdrukkelijk niet het vraagstuk van de omvang van zorgfraude te beantwoorden. Wel vraagt hij na te gaan of er harde indicaties te geven zijn over de omvang van zorgfraude, op basis van bestaand materiaal.

Deze opdracht is in de afzonderlijke deelrapporten uitgewerkt in voor die rapportages relevante onderzoeksvragen. De centrale overkoepelende vraagstelling luidt: *Welk risico bestaat er op fraude in de (publieke en particuliere) gezondheidszorg door de wijze waarop administratieve en financiële systemen en processen zijn vormgegeven, alsmede de wijze waarop controle en toezicht zijn georganiseerd?*

Voor het eindrapport zijn de volgende onderzoeksvragen gehanteerd:

1. wat is zorgfraude en hoe zijn risico's op zorgfraude in kaart te brengen? Deze vraag is deels beantwoord in het voorgaande hoofdstuk, en zal deels worden beantwoord in paragraaf 2.3;
2. hoe zijn de administratieve en financiële processen in de zorgsector georganiseerd?
3. welke fraudemogelijkheden doen zich daarin voor, en in welke mate?
4. welke beheersingsmechanismen worden gehanteerd en welke verbeteringen zijn daarin mogelijk?

Het onderzoek biedt een verkenning van het frauderisico in de gehele zorgsector. Het richt zich op care én cure, op publiekrechtelijke én privaatrechtelijke zorgverzekeringen (ziekenfondsverzekering, AWBZ, particuliere verzekeringen, aanvullende verzekeringen), op verzekerden, zorgverzekeraars én aanbieders¹⁷. De reikwijdte van de analyse wordt mogelijk gemaakt door de focus op mechanismen van fraude, en niet op de omvang van de fraude.

De frauderisico-analyse beperkt zich tot het huidige stelsel, en is gebaseerd op bestaand materiaal. Er heeft geen systematische analyse plaatsgevonden van toekomstige ontwikkelingen. Dat neemt niet weg dat de uitkomsten van de analyse kunnen worden betrokken in het debat over de modernisering van de zorg, zoals de minister ook zelf heeft aangegeven¹⁸. In de conclusies van dit rapport komen we hierop terug.

2.2 Werkwijze

Dit eindrapport borduurt voort op drie deelrapportages, die verschillende delen van de zorgsector bestrijken:

- De eerste deelrapportage (van het CTZ) betreft de publiekrechtelijke zorgverzekeringen: de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ);
- De tweede deelrapportage (van de AD-VWS) richt zich op de particuliere ziektekostenverzekeringen en aanvullende ziektekostenverzekeringen¹⁹;
- De derde deelrapportage (van CTG/FIOD-ECD) richt zich op de aanbieders van zorg²⁰.

Zoals in de inleiding reeds is gesteld, biedt dit eindrapport geen samenvatting of synthese van de drie deelrapporten. Daar waar de deelrapportages zijn ‘opgehangen’ aan actoren en/of wetgevingsdomeinen, stelt dit eindrapport de transacties centraal die binnen de zorgsector worden verricht. Daarbij wordt een nader onderscheid gemaakt naar het verzekeringsproces en het zorgverleningsproces. In beide processen komen alle te onderscheiden actoren (verzekerden, zorgaanbieders, verzekeraars) aan bod, waarbij soms verschillen optreden naar de aard van de in het geding zijnde verzekering (publiek/privaat). De eindrapportage benadert de zorgfraude dus vanuit een ander perspectief (90° gekanteld ten opzichte van de deelrapportages)²¹. Wel wordt in deze eindrapportage zoveel mogelijk verwezen naar de bevindingen uit de deelrapportages. Overigens is bij het opstellen van dit eindrapport ook geput uit andere bronnen dan de deelrapportages (zie de betreffende verwijzingen en de lijst van geraadpleegde literatuur).

¹⁷ Enkele zeer specifieke vormen van fraude in de zorgsector zijn uitdrukkelijk buiten het onderzoek gehouden: diploma fraude in de medische beroepsuitoefening, bouwfraude in de zorgsector, en fraude die verband houdt met kwakzalverij.

¹⁸ Handelingen Tweede Kamer, 5 februari 2003, TK 40-2930 en 2931.

¹⁹ Particuliere reisverzekeringen (die ook dekking kunnen bieden voor kosten van medische hulp) zijn buiten beschouwing gelaten.

²⁰ Dat wil zeggen de gebudgetteerde en de niet-gebudgetteerde zorginstellingen, en de vrije beroepsbeoefenaren (inclusief zelfstandige behandelcentra en privé-klinieken).

Tussentijds is er meerdere malen overleg gevoerd²² om afstemming te bewerkstelligen van de rapportages voor wat betreft:

- de vraagstelling;
- de gehanteerde fraudedefinitie;
- de beschrijvingen van de verschillende financieel-administratieve systemen;
- de aanpak van de frauderisico-analyse.

De verantwoordelijkheid voor de drie deelrapporten berust geheel bij de opstellers ervan, net zo goed als de verantwoordelijkheid voor dit eindrapport berust bij ons.

2.3 Elementen van frauderisico-analyse

Ter bepaling van frauderisico's dienen de volgende stappen te worden doorlopen:

- A het in kaart brengen van relevante handelingen en gebeurtenissen, zoals de inschrijving bij een ziekenfonds door een verzekerde of declaratie van een WTG-tarief door een specialist. Van belang is hier de aard van de handeling, maar ook het aantal. Hoe meer van deze basistransacties een systeem kent, hoe groter (ceteris paribus) het fraude-risico;
- B het beschrijven van de wijze waarop de handeling of gebeurtenis is ingebed in de financieel-administratieve systemen en processen van zorgverzekering en zorgleverantie, bijvoorbeeld identificatie bij inschrijving, of de tarievenstructuur van de WTG;
- C het benoemen van de concrete fraudemogelijkheden, zoals het opgeven van een valse identiteit bij inschrijving, of het declareren van een te hoog WTG-tarief²³;
- D het beschrijven van de controle- en toezichtsmechanismen die worden ingezet om de mogelijke fraude in te dammen. Het gaat dan allereerst om de interne inspanningen van betrokkenen (met name verzekeraars) om fraude te beperken, dat wil zeggen controle, bestaande uit de trits fraudepreventie²⁴, fraudedetectie, en sanctie. Daarnaast gaat het om de inspanningen op dit terrein door externe organisaties, zoals toezichthouders;
- E per fraudemogelijkheid kan vervolgens, gegeven de beheersingsmechanismen, worden aangegeven wat de mogelijke impact van de fraude is. Veelal is die impact niet goed in monetaire termen te kwantificeren. Dat neemt niet weg dat er vaak wel iets te zeggen valt over de (mogelijke) zwaarte of ernst van de fraude, en het maatschappelijk nadeel

²¹ Zoals eerder aangegeven is een ander verschil dat we in in dit eindrapport bovendien geen aandacht besteden aan interne fraude bij verzekeraars of zorginstellingen.

²² In totaal hebben er vijf bijeenkomsten plaatsgevonden, waarvan de laatste drie onder verantwoordelijkheid van de opstellers van het eindrapport.

²³ Frauderisico is dus niet hetzelfde als fraudemogelijkheid (in veel onderzoek in de sector wordt de term frauderisico wel gehanteerd om fraudemogelijkheden aan te duiden). Overigens is zowel in dit eindrapport als in de deelrapportages om voor de hand liggende redenen terughoudendheid betracht met het gedetailleerd beschrijven van de concrete fraudemogelijkheden.

²⁴ Uiteraard kan het zo zijn dat in de financieel/administratieve systemen en processen al fraudepreventieve elementen zijn ingebouwd.

dat met de fraude gemoeid kan zijn. In de deelrapportage van het CTZ wordt hier gesproken van restrisico.

Een frauderisico-analyse geeft dus geen inzicht in de omvang van de fraude, maar laat wel zien waar de meest relevante kwetsbare plekken zitten. Ter aanvulling op de risico-analyse worden in het onderzoek verbetersuggesties gedaan met betrekking tot de financieel-administratieve processen en de controle- en toezichtmechanismen. Eventuele voorstellen tot verbetering van de beheersing moeten uiteraard wel worden afgezet tegen de ernst van het betreffende fraudeprobleem: in hoeverre is een eventueel restrisico aanvaardbaar of niet?

3 **TRANSACTIES IN DE GEZONDHEIDSZORG EN DE WIJZE WAAROP ZIJ ZIJN INGEBED IN EEN FINANCIËEL EN ADMINISTRATIEF SYSTEEM**

3.1 **Opzet van dit hoofdstuk**

De mogelijkheden om fraude te plegen en het risico dat fraude wordt gepleegd zijn, zo is hiervoor betoogd, afhankelijk van de aard en het aantal transacties dat plaats vindt in het stelsel van gezondheidszorg, de wijze waarop deze transacties zijn ingebed in een systeem van zorgverzekeringen en in een systeem van zorgleverantie, en het systeem van beheersing (controle en toezicht) waaraan deze transacties zijn onderworpen.

Het aantal transacties is bijvoorbeeld afhankelijk van de aard van het verzekeringssysteem. Een restitutiesysteem, dat voor zorgverlening gemaakte kosten aan de verzekerde restitueert, creëert bijvoorbeeld meer en andere fraudemogelijkheden, dan een verzekeringssysteem dat is gebaseerd op zorgverlening in natura. Bij het systeem van zorgleverantie zijn van belang (a) de wijze waarop de zorg is georganiseerd –inrichting van eerste en tweede lijn, huisartszorg als basis, etc.- en (b) de wijze waarop de vergoeding van de zorg is ingebed in een financieel en administratief systeem. Bij een financieel systeem moeten we denken aan de wijze waarop zorg wordt vergoed, bijvoorbeeld een tariefensysteem. Een administratief systeem stuurt de afhandeling van de vergoeding, bijvoorbeeld via elektronische informatieuitwisseling waarin bepaalde automatische controles plaatsvinden. Financiële en administratieve systemen zijn mede van invloed op het aantal en de aard van de transactie. Een lump-sum systeem bijvoorbeeld –dat is een financieringssysteem waarin niet per zorgverrichting wordt betaald, maar in één keer voor de verleende zorg in een bepaalde periode of aan een bepaalde groep verzekerden- vermindert het aantal transacties. Ook administratieve systemen hebben gevolgen voor transacties, elektronische declaratiesystemen bijvoorbeeld kunnen de ‘vrijheid’ van declareren drastisch beperken. Controle en toezicht op de werking van het systeem van zorgverzekering en zorgverlening en op de transacties daarbinnen vinden plaats in de dagelijkse uitvoering –bijvoorbeeld controles die zijn ingebouwd in de inrichting van het administratieve proces- en ook op systeemniveau bestaan toezichthouders die het handelen van zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de gaten houden. De wijze waarop controle en toezicht plaatsvinden en de kwaliteit van deze controle- en toezichtsactiviteiten begrenzen eveneens de mogelijkheden tot fraude. Wij spreken in het vervolg over ‘controle’ wanneer het gaat over interne processen - ook wanneer deze zijn ingebouwd in administratieve systemen- bij bijvoorbeeld zorgverzekeraars. Wanneer er sprake is van externe en onafhankelijke controle van processen van regeltoepassing en -uitvoering spreken we over ‘toezicht’, bijvoorbeeld het toezicht dat het CTZ uitoefent op de ziekenfondsen.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal onze analyse van frauderisico’s steeds in vijf stappen uiteen vallen: er vinden (1) handelingen plaats, die (2) in een zorg- of verzekeringssysteem zijn ingebed, waardoor (3) bepaalde fraudemogelijkheden ontstaan die (4) onderworpen zijn aan

een systeem van beheersing (dat betreft allerlei vormen van toezicht en controle) en (5) waarvan de aard of de omvang variabel is.

In dit hoofdstuk brengen we in kaart welke processen in de gezondheidszorg plaatsvinden. We maken hierbij een onderscheid naar het verzekeringsproces en het zorgproces. De transacties, de fraudemogelijkheden, de inbedding in financiële en administratieve systemen en de processen van controle en toezicht zullen steeds vanuit dit onderscheid tussen verzekering en zorgverlening beschreven worden. Het verzekeringsproces zal worden beschreven aan de hand van de verschillende typen transacties die in het verzekeringsstelsel plaatsvinden (inschrijven, declareren e.d.). Het zorgproces zal worden beschreven aan de hand van de verschillende typen actoren die in de productie van zorg actief zijn (huisartsen, ziekenhuizen e.d.), waarbij vervolgens gekeken wordt naar de transacties, de betaling en de controle hierop. Hieraan voorafgaand zullen echter eerst de systemen van zorgverzekering en zorgverlening, waarbinnen al het bovenstaande zich voltrekt, in algemene zin beschreven worden.

Dit hoofdstuk kent dus de volgende opbouw:

paragraaf 3.2 Het systeem van de zorgverzekeringen

paragraaf 3.3 Het systeem van de zorgverlening

paragraaf 3.4 Het verzekeringsproces

paragraaf 3.5 Het zorgverleningsproces

3.2 Het systeem van de zorgverzekeringen

- inleiding

In het volgende geven we een zeer globale schets van het stelsel van zorgverzekeringen. Een volledige beschrijving valt buiten het bestek van deze rapportage. Deze globale beschrijving moet behulpzaam zijn bij het duiden van fraudemogelijkheden en frauderisico's. Enig inzicht in het stelsel van zorgverzekeringen is hiervoor, zo zullen we aan het eind van deze paragraaf illustreren, noodzakelijk.

- zorgverzekeringen

In Nederland kennen we verschillende typen zorgverzekeringen. In het zogenaamde eerste compartiment, dat betreft formeel de 'dure, onverzekerbare en langdurige zorg', bevindt zich de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De AWBZ verzekert verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en preventieve zorg en levert zorg in *natura*. De AWBZ verzekert alle ingezetenen van Nederland (het is dus een *volksverzekering*) en wordt gefinancierd middels een voor iedereen gelijke inkomensafhankelijke premie (de verzekering is gebaseerd op het *solidariteitsbeginsel*, dat wil zeggen dat er sprake is van risicodeling) die geïnd wordt door de belastingdienst. Verzekerden betalen wanneer zij aanspraak maken op AWBZ-zorg een eigen bijdrage. De AWBZ wordt uitgevoerd door regionale zorgkantoren (in 2003: 32), die worden aangestuurd door het

College voor Zorgverzekeringen en onder toezicht staan van het College van Toezicht op de Zorgverzekeringen (CTZ). Betalingen lopen via het Centraal Administratie Kantoor (CAK).

In het tweede compartiment, dat reguliere medische zorg omvat (huisarts, ziekenhuis, apotheek, fysiotherapeut e.d.) vinden we in de eerste plaats de Ziekenfondswet (ZFW). Dit is een verplichte ziektekostenverzekering voor (overwegend) werknemers onder de loongrens en zelfstandigen. De ZFW loopt voor verzekerden door na hun 65e. Daarnaast is er een vrijwillige toegang tot de ZFW voor niet-ziekenfondsverzekerde 65-plussers met een inkomen beneden de loongrens. Partners en kinderen zijn (wanneer zij geen eigen inkomen hebben dat ze ZFW-gerechtigd maakt) meeverzekerd. De ZFW is evenals de AWBZ gebaseerd op de *solidariteitsgedachte*. Dat betekent dat er geen directe relatie is tussen premie en risico, echter, de premie is slechts deels een voor iedereen gelijk percentage van het inkomen (deels door de werkgever, deels door de werknemer te betalen). Daarnaast kent de ZFW een nominale premie. De procentuele premies worden geïnd door de werkgevers en door de Rijksbelastingdienst, de nominale premie door de zorgverzekeraars. De Ziekenfondswet is gebaseerd op het zogenaamde *naturasysteem*, verzekerden krijgen zorg geleverd en niet de door de hen gemaakte kosten gerestitueerd. De ZFW wordt uitgevoerd door ziekenfondsen (in 2003: 22). Sturing en toezicht is identiek aan de AWBZ. Ruim 60% van de Nederlanders is verzekerd via de ZFW (10 miljoen Nederlanders).

In het tweede compartiment vinden we verder naast publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren, de particuliere ziektekostenverzekeringen voor iedereen die niet via de ZFW is verzekerd en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ) die een particuliere verzekering met een 'standaardpakketpolis' organiseert voor met name genoemde groepen particulier verzekerden (waaronder 65-plussers). Zowel de particuliere verzekeringen als de WTZ worden uitgevoerd door particuliere ziektekostenverzekeraars (in 2003: 33) en het toezicht is opgedragen aan de Pensioen- en Verzekeringkamer (PVK). Het toezicht van de PVK beperkt zich overigens tot de solvabiliteit van de verzekeraar en is voor ons onderwerp daarom van geringe betekenis.²⁵ De particuliere ziektekostenverzekeringen zijn gebaseerd op het equivalentiebeginsel (nominale premies, koppeling tussen risico en premie), kennen een restitutie-systeem en geen acceptatieplicht. De WTZ-verzekering kent een maximumpremie, een beperkt eigen risico en een acceptatieplicht. De verzekerde declareert de gemaakte kosten bij zijn verzekeraar (restitutie).

In het derde compartiment vinden we tenslotte aanvullende particuliere verzekeringen voor de niet door de bovengenoemde verzekeringen gedekte medische kosten (bijv. alternatieve geneeswijzen, tandartshulp e.d.). Dit betreft particuliere verzekeringen die uitgevoerd worden door zowel de ziekenfondsen als de particuliere ziektekostenverzekeraars. Het toezicht is aan de PVK.

²⁵ Zie het deelrapport van de Auditdienst VWS, paragraaf 5.

Tenslotte kent het systeem zogenaamde ‘omslagbijdragen’. Vanwege de ongelijke risicoverdeling tussen particuliere verzekeringen enerzijds en WTZ- en ziekenfondsverzekeringen anderzijds betalen particulier verzekerden een WTZ –bijdrage en een MOOZ-bijdrage (Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziektenfondsverzekerden). De inning van de WTZ- en MOOZ-premies is aan de zorgverzekeraars. Het toezicht op en het beheer van de omslagbijdragen is opgedragen aan de Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO). Voor de SUO geldt dat zij haar toezicht vooral richt op een juiste toepassing van de WTZ waarmee haar betekenis voor de beheersing van fraudemogelijkheden en – risico’s in de zorg beperkt is.²⁶

- kerncijfers 2003:

De volgende tabellen geven een globaal overzicht van aantallen verzekerden, omvang van de uitgaven en wijze van financiering voor 2003.

Tabel 1: Uitgaven voor aantallen verzekerden en wijze van financiering van de zorg

Verzekering	Uitgaven (in miljoenen euro’s)	Aantal (on)verzekerden (in miljoenen)
AWBZ	19.256	16.3
ZFW	15.620	10.2
Particulier*, waarvan:		6.1*
- WTZ	1.925	0.7
- overig	3.988	4.2
Onverzekerd		0.3**
Overig	2.252	
Totaal:	44.170	

* Het totaal aantal particulier verzekerden is groter en de uitgaven zijn omvangrijker dan hier weergegeven, omdat in deze tabel overige publiekrechtelijke verzekeringen niet zijn opgenomen (bv. collectieve ambtenarenverzekeringen)

** Dit betreft voor ongeveer 50% illegaal in Nederland verblijvende personen en verder een zeer divers samengestelde groep onverzekerden (bijvoorbeeld gewetensbezwaarden).

²⁶ Idem.

- tabel 1 vervolg -

Financiering (in miljoenen euro's)	AWBZ	ZFW	KPZ	WTZ	Particulier, overig	totaal
Procentuele premies	13.362	10.733	911	0	0	25.006
Nominale premies	0	2.119	191	978	3.328	6.615
Eigen bijdragen	1.935	0	28	35	661	2.659
Omslagbijdragen	0	381	0	912	0	1.293
Rijksbijdragen	6	2.659	0	0	0	2.666
Overig	3.953	-272	0	0	0	3.681
Totaal	19.256	15.620	1.129	1.925	3.989	41.919

Bron: CVZ/Vektis, Zorgnota 2003

- fraudemogelijkheden en frauderisico's

Binnen het verzekeringssysteem vinden vier typen handelingen plaats die voor deze frauderisicoanalyse van belang zijn:

- het vaststellen van het recht op verzekering,
- de premieheffing,
- de declaratie van kosten van zorgverlening, en
- de uitvoering van de verzekering.

Het vaststellen van het recht op verzekering is vooral bij de ZFW aan de orde. De AWBZ is een volksverzekering die geldt voor alle ingezetenen van Nederland. Eventuele problemen met betrekking tot het recht op verzekering betreffen hier dus slechts illegaal in Nederland verblijvenden. De aard van de AWBZ-verstrekingen maakt het risico op het onterecht claimen van deze verstrekkingen door illegalen gering.²⁷ Daarnaast kent de AWBZ eigen bijdragen waarvoor persoonsgegevens worden gecontroleerd bij de belastingdienst en de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA). Het recht op verzekering is bij de ZFW afhankelijk van de arbeidsrelatie en de hoogte van het inkomen. Controle hierop dient plaats te vinden bij de ziekenfondsen. Hoewel het aantal transacties (hier spreekt men over zogenaamde mutaties) rondom het recht op verzekering omvangrijk is, bieden moderne systemen van informatiebeheer en –uitwisseling vele mogelijkheden tot beheersing van het risico. Meer hierover in paragraaf 3.4

Het systeem van zorgverzekeringen beperkt op een aantal wijzen de fraudemogelijkheden. De belangrijkste hiervan is het feit dat de fraudemogelijkheden van verzekerden worden beperkt doordat zowel de ZFW als de AWBZ zorgverlening in *natura* kennen en dus niet afhankelijk zijn van declaraties door verzekerden. Een uitzondering hierop wordt gevormd door in het buitenland verleende zorg, voorzover deze door de verzekerde zelf wordt gedeclareerd. In het

²⁷ Zie verder het CTZ deelrapport, paragraaf 4.3.

eerder gememoreerde CMC-rapport wordt in dit verband gesproken over het bijzonder hoge bedrag van 1,2 miljard euro. Het CTZ²⁸ wijst er op dat dit onmogelijk juist kan zijn. In 2002 beliep het bedrag aan in het buitenland verleende zorg volgens haar ongeveer 110 miljoen euro. Hiervan werd slechts 15 miljoen euro direct door verzekerden gedeclareerd. De keerzijde van het naturastelsel is dat de verzekeraars intensieve relaties krijgen met zorgaanbieders waarmee afspraken over prijzen en productie moeten worden gemaakt. Hiermee verschuift de fraudemogelijkheid naar de zorgaanbieders. Later meer hierover. Ook het feit dat de premieheffing van zowel de AWBZ als de ZFW via de belastingdienst en de werkgever loopt, maakt de invloed van de verzekerde op de vaststelling van de hoogte van de premie en de betaling daarvan vrijwel nihil.

Voor particulier verzekerden geldt een restitutiesysteem. Voor zorg gemaakte kosten worden na declaratie vergoed.²⁹ Declaraties moeten aan bepaalde criteria voldoen (wanneer we over het tarievenstelsel komen te spreken meer hierover). De fraudemogelijkheid voor verzekerden bij particuliere verzekeringen is dus gelegen in deze declaraties. Het tarievenstelsel beperkt de mogelijkheid hiertoe echter aanzienlijk. Geknoei in rekeningen zoals bij de eerder genoemde 'buitenlandse nota's' is minder goed mogelijk. (Buitenlandse nota's vallen uiteraard buiten het voor Nederland geldende tarievenstelsel). Naast declaratiefraude door de verzekerde is ook declaratiefraude mogelijk ten gevolge van 'samenspanning' tussen zorgaanbieders en verzekerden (een hogere –overigens binnen het tariefensysteem- of een gefingeerde rekening indienen en de winst delen).

Premieheffing bij particuliere verzekeringen is vanwege het feit dat het hier nominale premies betreft minder kwetsbaar voor fraude. Verzekerden kunnen eventueel een verkeerde opgave doen van gezinssamenstelling of gezondheidssituatie. Maar wanneer zij kosten declareren is het risico dat ze door de mand vallen groot. Bovendien heeft de verzekeraar de sanctiemogelijkheid van uitsluiting tot zijn beschikking.³⁰

Via naturastelsel en premieheffing via de belastingdienst wordt een belangrijk deel van de transacties in de gezondheidszorg, met name transacties tussen verzekerde en verzekeraar, gevrijwaard van fraudemogelijkheden. De eerder genoemde cijfers over aantallen verzekerden, omvang van de uitgaven en wijze van financieringen illustreren dat via het naturastelsel en via de collectieve, publieke verzekeringen een belangrijk deel van de verzekerden en een belangrijk deel van het budget slechts beperkte fraudemogelijkheden kent.

Uiteraard kan ook bij verzekeraars fraude plaats vinden. Afgezien van interne fraude door medewerkers van verzekeraars –waar wij het hier niet over zullen hebben³¹- bestaat er voor verzekeraars de mogelijkheid om bepaalde kosten van het domein van de private verzekeringen over te hevelen naar de publieke verzekeringen. Dit is mogelijk omdat

²⁸ Zie het CTZ deelrapport, paragraaf 3.3.

²⁹ Sommige particuliere verzekeraars kennen overigens overeenkomsten voor zorgverstrekking in natura met specifieke zorgaanbieders.

³⁰ Zie verder het rapport van de Auditdienst VWS, paragraaf 3.2.

ziektekostenverzekeraars vaak zowel particuliere verzekeringen als ziekenfondsverzekeringen aanbieden. Het betreft zogenaamd hybride organisaties waarin de uitvoering van publieke en private voorzieningen samen komen. Hybride organisaties vereisen een strikte scheiding tussen de middelen en de informatie die met de uitvoering van de publieke en private taken zijn gemoeid. Wanneer echter transport van middelen van het publieke naar het private deel van de organisatie plaats vindt, kunnen of de premies voor private verzekeringen gedrukt worden (en dus de concurrentiepositie vergroot) of kan de bedrijfswinst vergroot worden (het is ziekenfondsen overigens niet toegestaan winst te maken). Het is aan de toezichthouder, het CTZ om, vanuit haar verantwoordelijkheid voor de ziekenfondsen, hier toezicht op te houden.

De onderstaande tabel brengt de mogelijkheden en de risico's van fraude vanuit het perspectief van de zorgverzekering in kaart:

³¹ Zie hiervoor het CTZ deelrapport en het deelrapport van de Auditdienst VWS.

Tabel 2: Mogelijkheden en risico's van fraude vanuit het perspectief van het verzekeringssysteem

A Handeling	B Systeem	C Fraudemogelijkheid	D Beheersing	E Aard/omvang van het risico
Recht op verzekering	AWBZ: volksverzekering	Onterecht claimen van het recht op Verzekering	- controle door zorgverzekeraar; - toezicht op zorgverzekeraar door CTZ - toezicht SUO	- gering, want volksverzekering -illegalenprobleem: gering door type verstrekkingen
	ZFW: werknemersverzekering			- veel transacties, want veel mutaties; - nieuwe informatiesystemen maken beheersing beter mogelijk
	Part. verz.			- nihil
Premieheffing	ZFW/AWBZ: percentage via belastingdienst, solidariteit	Onjuiste inkomensopgave	controle door belastingdienst en UWV	- beperkt - geen zorg- maar belastingfraude
	part.verz.: nominaal/equivalentiebeginsel	Onjuiste opgave gezinssamenstelling of gezondheidstoestand	- administratieve controle op declaraties - mogelijkheid van uitsluiting	Lijkt beperkt
Declaratie (in het algemeen)	ZFW/AWBZ: zorg in natura	Fraude met buitenlandse declaratie door verzekerde	interne controle zorgverzekeraar	Max. 15 miljoen euro
	part. verz.: restitutie-systeem	Fraude met declaraties in het algemeen	- interne controle zorgverzekeraar - tariefsysteem	- lijkt beperkt ³²
Uitvoering verzekering	ZFW/part. verz.: hybride publiek/private zorgverzekeraars	Overheveling kosten naar publieke deel zorgverzekeraars	- toezicht CTZ - toezicht PVK - toezicht SUO	- risico lijkt beperkt ³³ - toezicht PVK en SUO niet gericht op beheersing fraude
	AWBZ: zorgkantoren	Budgetfraude (onjuiste informatie/declaratie)	toezicht CTZ	Hoewel toezichtssystematiek niet 'up to date', lijkt het risico beperkt ³⁴

³² Zie verder deelrapport Auditdienst VWS.³³ Zie verder het CTZ deelrapport, paragraaf 3.6.³⁴ Zie het CTZ deelrapport, paragraaf 4.

3.3 Het systeem van de zorgverlening

- inleiding

Het domein van de zorgverlening is niet georganiseerd als een markt waarop tegen een marktprijs zorg van vrager naar aanbieder gaat. Zowel de vraag naar zorg als het aanbod van zorg worden via publieke maatregelen beheerst, de zorgverzekeraar fungeert in deze als intermediair tussen vraag en aanbod, en ook de prijzen zijn geen marktprijzen. Het doel van deze marktregulering is om tot beheersing van de totale uitgaven voor gezondheidszorg te komen. In deze paragraaf zullen we in vogelvucht de wijze van beheersing van de kosten van zorgverlening schetsen. Dit is wederom voorwaardelijk aan het duiden van fraudemogelijkheden en frauderisico's. Centraal in deze paragraaf staan het vaststellen van tarieven en budgetten en het declareren van de kosten van zorgverlening bij zorgverzekeraars.

- de financiering van de zorg

In het domein van de zorgverlening kan, vanuit het perspectief van de financiering, onderscheid gemaakt worden tussen instellingen en vrije beroepsbeoefenaren. Instellingen zijn ziekenhuizen, verplegings- en verzorgingstehuizen en dergelijke. Vrije beroepsbeoefenaren zijn huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten, apothekers en dergelijke. De tarieven die door deze actoren in rekening mogen worden gebracht, wordt ingekaderd door de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). De WTG tarifeert alle zorgverstrekkingen en reguleert daarom zowel de betaling van zorgverlening via de SF, de AWBZ als particuliere verzekeringen.

De WTG regelt de manier waarop tarieven van instellingen en van individuele beroepsbeoefenaren tot stand komen. Daarbij worden onder tarieven alle prijzen verstaan die zich in de zorgsector in welke vorm dan ook voordoen, zoals honoraria, onkostenvergoedingen, verpleegtarieven, budgetten van instellingen en maximumtarieven van vrije beroepsbeoefenaren. Alle tarieven worden op basis van de WTG vastgesteld, ongeacht door wie zij worden vergoed. De WTG wordt uitgevoerd door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Toezicht op de toepassing van de WTG vindt plaats door de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst/Economische Controle Dienst (FIOD/ECD) onder aansturing van het CTG.

De WTG-regels voor *instellingen* leiden tot een individueel *budget* voor iedere instelling. Het budget per instelling wordt uiteindelijk door het CTG vastgesteld. In deze regels zijn zogenoemde parameterbedragen opgenomen, bijvoorbeeld een standaardbedrag per bed of per specialistenplaats, een standaardbedrag per inwoner in het verzorgingsgebied van het ziekenhuis, standaardbedragen voor materiële kosten en voor de manier waarop de kosten van het gebouw verwerkt moeten worden. Aangezien iedere instelling andere kenmerken heeft, leidt toepassing van de WTG-regels tot een *individueel budget voor iedere instelling afzonderlijk*.

Het toepassen van de WTG-regels gebeurt in het plaatselijk overleg tussen instelling en verzekeraars. Het resultaat daarvan wordt door het CTG getoetst, waarna het CTG het budget vaststelt. Dit budget vormt voor die instelling de totaal aanvaardbare kosten in een bepaald jaar.

Het CTG stelt jaarlijks de tarieven voor instellingen vast. Daarin is opgenomen voor welke prestaties van instellingen welke tarieven in rekening gebracht kunnen worden. Die tarieven zijn dus landelijk gelijk. Per instelling wordt vervolgens bepaald welke van deze prestaties in rekening gebracht mogen worden. Door het verrichten van deze prestaties worden met deze tarieven zo opbrengsten verkregen. Die opbrengsten dienen ter dekking ('vulling') van het budget (de aanvaardbare kosten). Op basis van het budget verminderd met de begrote opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven, wordt vervolgens het verpleegtariaf berekend, dat dient als zogenaamd 'sluittariaf' om het budget 'rond' te krijgen. Het verpleegtariaf varieert daarom van instelling tot instelling. Aan het eind van het jaar vindt een 'nacalculatie' plaats. Dit kan leiden tot aanpassing van het verpleegtariaf in een volgend jaar. (zie verder noot 8)

De regels die voor *vrije beroepsbeoefenaren* gelden, leiden tot vaststelling door het CTG van algemeen geldende landelijke (maximum)tarieven voor vrije beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen, specialisten, apothekers, fysiotherapeuten etc. De maximumtarieven voor deze groepen zorgverleners zijn zoals gezegd voor het hele land gelijk en worden derhalve niet, zoals bij de instellingen, op individueel niveau overeengekomen, maar op landelijk niveau door organisaties van vrije beroepsbeoefenaren en organisaties van verzekeraars. Wel mogen de verzekeraars en de zorgverleners, op plaatselijk niveau, zonder tussenkomst van het CTG, een lager tarief afspreken dan het maximumtarief.

Uit het bovenstaande blijkt dat tarieven worden onderscheiden in tarieven (waaronder budgetten) voor instellingen en (maximum)tarieven voor individuele beroepsbeoefenaren. Tarieven kunnen pas worden berekend nadat de regels hiervoor door het CTG zijn vastgesteld en door de Minister zijn goedgekeurd. Het stelsel van regels zorgt als een soort dienstregeling voor de verdeling van de beschikbare middelen over alle bestaande instellingen en hulpverleners in de zorgsector.

De beschikbare middelen voor de gezondheidszorg worden vastgelegd middels het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en indirect via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Het BKZ legt de macro-budgetten voor de gezondheidszorg (gefinancierd via ZFW, AWBZ en particuliere verzekeringen) vast. De WZV regelt de voorziening van Ziekenhuiszorg (bouw en vernieuwbouw). Zowel het BKZ als de WZV vallen onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS.

Wanneer overschrijdingen van budgetten plaatsvinden volgt hierop een correctie. Bij instellingen betekent een dergelijke correctie van de overschrijding van het budget dat er het

volgende jaar een korting zal plaatsvinden.³⁵ Hiermee heeft het systeem een ingebouwde prikkel tot productiebeheersing (en dat was ook nadrukkelijk de bedoeling). Voor de vrije beroepsbeoefenaren geldt dat overschrijding van het budget het volgende jaar via een (neerwaartse) aanpassing van de tarieven kan worden gecompenseerd.³⁶

Binnen de budgettering van ziekenhuizen via de WTG kennen we tenslotte nog een aparte regeling voor de beheersing van declaraties van *specialisten*, de zogenaamde lump-sum systematiek. Deze systematiek³⁷ tracht te voorkomen dat specialisten aangezet worden tot meer verrichtingen en dus meer declaraties, om zo een groter beslag te kunnen leggen op het budget van het ziekenhuis en zo de eigen omzet te vergroten. Kort gezegd komt de lump-sum systematiek er op neer dat de omzet van specialisten bevroren is op het niveau van 1994 en dat op lokaal niveau onderling regelingen moeten worden getroffen over de verrekening van de feitelijk door specialisten gedeclareerde omzet met de vastgestelde lump-sum. Zo wordt onderlinge concurrentie binnen het ziekenhuisbudget voorkomen.

Ter toelichting iets over de inrichting van ziekenhuizen. Zij zijn georganiseerd als zogenaamde 'geïntegreerde medische bedrijven'. Dit leidt er toe dat er sprake is van één, weliswaar zeer complex, maar toch geïntegreerd financieel- en administratief systeem. Declaraties van werkzaamheden van specialisten³⁸ vinden binnen de instelling plaats en dienen dan ter vulling van het budget van de instelling. Dit geldt ook voor de declaraties bij particulier verzekerden of particuliere verzekeringen. Fraude kan dan in theorie nog plaats vinden bij de vaststelling van het budgetten, hetgeen kan leiden tot verruiming van het budget, maar niet tot zelfverrijking. Fraude kan ook plaats vinden bij de declaratie van werkzaamheden van specialisten, maar dat leidt vooral tot interne verschuivingen en – problemen en is niet van invloed op de omzet of inkomens van specialisten³⁹.

- de zorgplicht

Het hierboven beschreven 'gesloten' WTG-systeem bestaat in deze vorm tot aan het jaar 1999 respectievelijk 2001. Vanaf 1999 kennen we naast het budget zogenaamde 'aanvullende inkomsten' (bijvoorbeeld laboratoriumwerkzaamheden verricht voor een andere instelling) die

³⁵ Wanneer de instelling meer of minder kosten maakt wordt dit opgevangen via een egaliseringsreserve (de Reserve Aanvaardbare Kosten, RAK). Wanneer de instelling meer of minder opbrengsten heeft dan begroot, vindt aanpassing van de tarieven voor het volgende jaar plaats. Zie verder het deelrapport van het CTG in samenwerking met de FIOD/ECD, paragraaf 4.

³⁶ Nadrukkelijk zij vermeld dat dit het verleden betreft, zie hierna de subparagraaf over de 'zorgplicht'. De laatste jaren zijn door het CTG geen kortingen meer opgelegd.

³⁷ De lump-sum systematiek heeft betrekking op zelfstandige specialisten, uiteraard niet op specialisten in loondienst van het ziekenhuis.

³⁸ Voor de tarieven van specialisten in instellingen (niet vrijgevestigde specialisten dus) geldt dat deze tarieven nauwelijks in relatie staan tot de verrichte werkzaamheden. 'Onderhoud' aan deze tarieven is onvoldoende uitgevoerd. Dit is mogelijk geworden door het feit dat deze tarieven 'slechts' dienden ter vulling van budget van de instelling. Er was geen directe relatie met de omzet en het inkomen van specialisten. Met de beoogde invoering van het geheel nieuwe systeem van de Diagnose-Behandelings-Combinaties (DBC's), waar nu aan wordt gewerkt, vindt het lang verwachte onderhoud van de tarieven van specialisten plaats.

³⁹ Dit geldt uiteraard niet voor specialisten in loondienst van het ziekenhuis.

buiten het budget kunnen vallen. Wat ‘aanvullende inkomsten’ zijn wordt vastgesteld door het CTG. Vanaf 2001 is het gesloten systeem van budgettering aanmerkelijk opener geworden door de invoering van de zogenaamde wachtlijstmiddelen. De AWBZ en de ZFW kennen van oudsher een zorgplicht. Dat wil zeggen dat beide verzekeringen een recht op zorg garanderen. Toenemende zorgtekorten hebben via de wachtlijstproblematiek de zorgplicht echter meer en meer onder druk gezet. De harde grenzen van de WTG-systematiek zijn gaan schuiven door een rechterlijke uitspraak in 1999 waarin de rechtbank in Zwolle in twee verschillende zaken bepaalde dat AWBZ-verzekerden recht hebben op thuiszorg en gehandicaptenzorg en dat het bestaan van zorgtekorten geen argument kan zijn om deze zorg niet te leveren. Deze uitspraak heeft tot gevolg gehad dat vanaf 2001 zowel in de AWBZ als in de ZFW de budgetten minder strak begrensd zijn. De kosten van de extra (buiten-budgettaire) geleverde zorg worden vergoed uit de zogenaamde wachtlijstmiddelen. De zorgplicht geldt niet voor particuliere verzekeringen. Hier geldt geen naturastelsel maar een restitutiestelsel. De zorgverzekeraar heeft in deze verzekeringen een inspanningsverplichting en de plicht tot restitutie van gemaakte kosten. De inspanningsverplichting vertaalt zich bijvoorbeeld in wachtlijstbemiddeling.

- kerncijfers

De budgetsysteematiek kan vanuit het perspectief van beheersing succesvol worden genoemd. Zij heeft tot het jaar 2000 geleid tot beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg als percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP). De onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 3: Ontwikkeling zorguitgaven in % BBP

Jaar	Zorguitgaven in % BBP
1994	9.3%
1995	8.9%
1996	8.8%
1997	8.7%
1998	8.7%
1999	8.8%
2000	8.7%
2001	9.0%
2002	9.3%
2003	9.3%
2004	9.4%
2005	9.5%
2006	9.6%

Bron: figuur 2, Zorgnota 2003 (p. 33)

De beheersing van de kosten betekent niet dat er geen toename van de zorgproductie heeft plaatsgevonden, zoals onderstaande tabel illustreert.

Tabel 4: Productievolume in de zorg, 1999-2000 (in indexcijfers, 1990 = 100, en procenten)

	1990	1994	1998	2000	Gemiddelde jaarlijkse groei in % 1990-2000
Ziekenhuizen en specialisten	100	111	116	113	1.3
Extramurale gezondheidszorg	100	104	111	114	1.3
Geestelijke gezondheidszorg	100	113	127	125	2.2
Verzorgingstehuizen	100	95	86	82*	-1.9
Verpleeghuizen	100	108	114	117	1.6
Thuiszorg	100	102	124	129	2.6
Gehandicaptenzorg	100	109	116	118*	1.6
Genees- en hulpmiddelen	100	140	181	201*	7.2
Totaal zorg	100	109	118	120	1.8
Totaal quartaire sector	100	108	113	115	1.4

* = Geraamd

Bron: Tabel 6.1 Sociaal Cultureel Rapport 2002 (p. 280)

Uit bovenstaande tabel blijkt dat vooral een sterke groei heeft plaatsgevonden bij de productie (en dus ook de kosten) van genees- en hulpmiddelen. Hoewel de wetgever via het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS, 1991) en de Geneesmiddelen Prijzen Wet (GPW, 1996) tracht de prijzen van en het volume aan voorgeschreven geneesmiddelen te beheersen, zien we dat zij hierin slecht slaagt.⁴⁰ Ook via de WTG wordt overigens getracht de kosten onder controle te krijgen door de kortingen en bonussen die apothekers ontvangen mee te nemen in de tarieven van apothekers.

- fraudemogelijkheden en frauderisico's

De boven beschreven budget- en tariefensystematiek zet het financiële kader voor de zorgverlening. In de vorige paragraaf is in algemene zin stil gestaan bij de fraudemogelijkheden die het verzekeringssysteem verzekeren biedt. In deze paragraaf richten we ons primair op de fraudemogelijkheden voor aanbieders. Voor de *gebudgetteerde instellingen* geldt dat tot voor kort fraude lastig was. We gaan er dan vanuit dat als instellingen frauderen ze dat doen met het oogmerk het budget te verruimen (meer opbrengsten te genereren). Tot voor kort, onder het gesloten budgetregiem, was dergelijke fraude lastig. Pas wanneer fraude niet tot aanpassingen van tarieven en budgetten leidt was zij lonend. Sinds het budgetsysteem enigszins is opengebrouwen kan fraude lonend worden voor de instelling:

⁴⁰ Wel moet vermeld worden dat deze volumeontwikkeling zich in geheel Europa voor doet en dat Nederland in vergelijkend perspectief nog steeds een bescheiden consumptie van geneesmiddelen kent.

bijvoorbeeld door het onder de aanvullende inkomsten brengen van normaal getarifeerde zorgverlening, of door onterecht wachtlijstmiddelen te claimen. Ook kunnen instellingen en zorgverzekeraars de lichtelijk Kafkaeske, maar desalniettemin bestaande zogenaamde ‘grijze productieafspraken’ maken. Dat betekent dat een instelling en een zorgverzekeraar, conform de voorschriften en ter goedkeuring van het CTG, een budget afspreken, gebaseerd op het halen van een bepaalde productie (zoals aantal opnames en aantal poliklinische behandelingen) en daarvoor financiering van die zorgverzekeraar ontvangen, terwijl bij voorbaat duidelijk is dat die productie niet gehaald wordt, waardoor er binnen de verkregen financiering enige speelruimte ontstaat voor de instelling. Deze speelruimte kan niet besteed worden aan meer zorg, maar wel aan andere zaken, zoals bijvoorbeeld allerlei infrastructurele voorzieningen. Kijkend naar de mogelijkheden van fraude door (gebudgetteerde) instellingen moet dus gesteld worden dat deze er, sinds het gesloten budgetstelsel beëindigd is, zeker zijn, maar dat de mogelijkheden beperkt zijn, dat het vooral vergroting van de financiële ruimte voor de instelling betreft en geen zelfverrijking en dat voor sommige vormen van fraude (de grijze productieafspraken) de samenwerking van de verzekeraar vereist is. De zorgverzekeraars spelen in deze dus een dubbele rol. Enerzijds hebben zij dezelfde belangen als de zorgaanbieder, omdat ze een zorgplicht hebben en dus belang bij een ruim zorgaanbod, en kan er om deze reden sprake zijn van samenspanning. Anderzijds dienen zij de declaraties van instellingen te controleren. Het toezicht op de instellingen is aan de FIOD/ECD.

Voor *specialisten in instellingen* geldt dat het lump-sum systeem de mogelijkheden tot frauderen beperkt. In de eerste plaats dienen de interne declaraties van specialisten ter vulling van het budget van de instelling en zijn de omzetten van specialisten bevroren. In de tweede plaats leidt eventuele fraude vooral tot verschuivingen tussen specialismen en niet tot vergroting van omzetten.

Het tariefstelsel laat de *vrije beroepsbeoefenaren* in beginsel meer ruimte tot fraude, hoewel dit sterk afhankelijk is van de specifieke tariefstelsels, die van beroepsgroep tot beroepsgroep verschillen. Hoewel de maximumtarieven vastliggen is in beginsel fraude mogelijk met andere variabelen in de declaratie (aantal behandelingen bijvoorbeeld). Dit laatste is afhankelijk van de wijze waarop de tariefstelsels per beroepsgroep is georganiseerd. We zullen hier in een volgende paragraaf nader aandacht aan besteden. Ook het feit dat budgettering van de vrije beroepsbeoefenaren op collectief niveau plaats vindt (bijvoorbeeld het budget voor fysiotherapie in het BKZ) laat individuele beroepsbeoefenaren in beginsel ruimte voor fraude met declaraties. Zij worden daarvoor niet, zoals de instellingen, direct op individueel niveau met de kosten geconfronteerd. Het is wellicht in het belang van de beroepsgroep om het budget niet te overschrijden –dat leidt dan tot neerwaartse aanpassing van de tarieven⁴¹- maar voor de individuele beroepsbeoefenaar is de afstand tussen handeling en gevolg erg groot. Het tegengaan van deze fraudemogelijkheid is wederom aan verzekeraar en FIOD/ECD. Een belangrijke rem op dergelijke fraude is waarschijnlijk het feit dat publieke verzekeraars (de ziekenfondsen) contracteervrijheid hebben. In tegenstelling tot voorheen, toen

een contracteerplicht bestond, kunnen ziekenfondsen nu met bepaalde individuele beroepsbeoefenaren geen contract sluiten. Dan vindt ook geen vergoeding van geleverde zorg plaats. De ziekenfondsen hebben zo een bijzonder machtig wapen in handen waarmee ze vrije beroepsbeoefenaren tot normconform gedrag kunnen dwingen.

De onderstaande tabel brengt de mogelijkheden en de risico's van fraude vanuit het perspectief van de zorgverlening in kaart:

Tabel 5: Mogelijkheden en risico's van fraude vanuit het perspectief van het zorgstelsel

A Handeling	B Systeem	C Fraudemogelijkheid	D Beheersing	E Aard/omvang van het risico
Vaststelling van budgetten en sluitarrangementen	WTG	- onjuiste informatieverstrekking - samenspanning instelling-zorgverzekeraar	- BKZ - controle door zorgverzekeraar/zorgkantoor (AWBZ- instellingen) - controle door CTZ (AWBZ- instellingen) - controle door FIOD/ECD (WTG)	- toegenomen sinds 1999/2001 - geen zelfverrijking, maar budgetverruiming
Declaratie van zorgkosten door/binnen instellingen	WTG	- onjuiste declaratie	- BKZ - toezicht FIOD/ECD (WTG) en CTZ (AWBZ) - controle door zorgverzekeraar/zorgkantoor - (deels) controle patiënt	- toegenomen sinds 1999/2001 - geen zelfverrijking, maar budgetverruiming
	Lump-sum	- onjuiste registratie		
Declaratie van zorgkosten door vrije beroepsbeoefenaren	WTG	onjuiste declaratie	- BKZ - toezicht FIOD/ECD - controle zorgverzekeraar - controle patiënt	- risico is bij sommige groepen groter dan bij instellingen

⁴¹ Maar, zoals eerder gesteld, dat heeft al jaren niet meer plaatsgevonden.

3.4 Het verzekeringsproces

- inleiding

In de voorgaande paragrafen is in algemene termen het kader waarin zorgverzekering en zorgverlening plaats vinden geschetst. In deze en de volgende paragraaf willen we aandacht besteden aan daadwerkelijke processen van verzekering en zorgverlening die binnen dat kader plaats vinden.

Waar het de zorgverzekering betreft zullen we aandacht geven aan (1) de verschillende handelingen die plaats moeten vinden en (2) de organisatie van de zorgverzekeraars. Het proces van zorgverlening zal in de volgende paragraaf (3.5) aan de hand van de verschillende typen zorgverleners de revue passeren.

De fraudemogelijkheden die wij in deze paragraaf bespreken zijn niet nieuw. De meeste spelen reeds langere tijd een rol in het debat over de zorgverzekeringen. Zoals naar voren kwam in hoofdstuk 1, heeft in 1998 de toenmalige Ziekenfondsraad op eigen initiatief onderzoek verricht naar de frauderisico's in de zorgverzekeringen. De conclusies en aanbevelingen van toen zijn anno 2003 (deels) nog steeds actueel. Sinds 1998 heeft de Ziekenfondsraad en later het CTZ bij zorgverzekeraars aangedrongen op de ontwikkeling van een actief fraudebeleid.

Vanuit het perspectief van de fraudemogelijkheden zijn een aantal zaken binnen het verzekeringsproces van belang:

- de inschrijving bij ziekenfondsen;
- de identificatie van de verzekerde;
- de declaratie van de kosten van zorgverlening door verzekerden; en
- de controle in de uitvoering van de zorgverzekering.

- *het recht op verzekering: de inschrijving*⁴²

Verzekerden dienen zich voor de ZFW in te schrijven bij een ziekenfonds en aan te tonen dat zij recht hebben op verzekering. Deze inschrijving werd lange tijd als fraudegevoelig gezien, omdat de ziekenfondsen in belangrijke mate afhankelijk waren van verzekerden voor hun informatie. Het probleem was niet alleen verificatie van de door de cliënt aangeleverde gegevens, ook was er sprake van een grote administratieve belasting vanwege de vele mutaties die doorlopend optraden (ten gevolge van verandering van werkgever of inkomen). Voor een goede uitvoering van de inschrijving dienen ziekenfondsen daarom te beschikken over gegevens over het huishouden (meeverzekerden), het inkomen en de werkgever. Hiertoe hebben ziekenfondsen informatie nodig uit de bevolkingsregistratie, van de Belastingdienst en van de Werkgever. Het probleem van de inschrijving, dat in de jaren tachtig en negentig nog veelvuldig in rapportages van de Ziekenfondsraad figureerde, lijkt anno 2003 in belangrijke mate te zijn teruggedrongen. Ziekenfondsen hebben toegang tot de Gemeentelijke

⁴² De premie blijft hier buiten beschouwing omdat de verantwoordelijkheid voor de premieheffing en -inning niet bij de ziekenfondsen ligt, maar bij de belastingdienst.

Basisadministratie (GBA) en kunnen zodoende uitvoering geven aan de Koppelingswet (illegaal in Nederland verblijvenden hebben geen recht op publieke voorzieningen, waaronder de ZFW) en inzage krijgen in de samenstelling van het huishouden van de verzekerde. De berichtgeving inzake het recht op verzekering via de werkgever verloopt tegenwoordig grotendeels geautomatiseerd via het UWV door middel van het zogenaamde RINIS-systeem waardoor elektronische informatieuitwisseling mogelijk wordt. Verantwoordelijkheid voor de toetsing van de voorwaarden voor verzekering inzake zelfstandigen ligt bij de Rijksbelastingdienst. Ten overvloede: de inschrijvingsproblematiek is uiteraard niet van toepassing op de particuliere verzekeringen, tenzij deze verzekeringen voortvloeien uit de WTZ, dan is de problematiek identiek.

- het recht op verzekering en zorgverlening: de identificatie

Alle zorgverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars) verstrekken hun verzekerden een zorgpas. Deze pas dient onder meer ter identificatie bij contacten met zorgverleners. De pas is fraudegevoelig omdat er geen daadwerkelijke mogelijkheid is tot identificatie; een pasfoto of andere persoonskenmerken ontbreken op de kaart. Uit de praktijk zijn meerdere gevallen van fraude met de zorgpas bekend. Passen worden gestolen, verhuurd en uitgeleend. Naast eventuele medische risico's van een onjuiste identificatie, kan zo zorg worden verleend aan mensen die geen recht hebben op zorg. Zorgpasfraude vindt waarschijnlijk vooral plaats in omstandigheden waar onder een redelijke anonimiteit zorg wordt verleend (eerste-hulp posten, polikliniek bezoek e.d.) en wordt waarschijnlijk vooral gepleegd door onverzekerden, in het bijzonder illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen. Deze vorm van fraude –die niet zeldzaam lijkt te zijn- concentreert zich dus bij specifieke vormen van zorg (vanwege de anonimiteit) en bij een specifieke groep. Redelijk betrouwbare schattingen van de omvang van de groep illegaal in Nederland verblijvende vreemdelingen schommelen rond de 150.000 personen (Engbersen e.a., 2002). Bij het beoordelen van de betekenis van deze vorm van fraude dienen we echter wel rekening te houden met het feit dat bestrijding van zorgpasfraude door illegalen deels slechts leidt tot een verplaatsing van kosten. In het belang van de volksgezondheid wordt ook aan illegalen noodzakelijke zorg verleend. Hiervoor zijn budgetten beschikbaar (uit het zogenaamde 'koppelingsfonds'). De identificatieproblematiek doet zich zowel bij de publieke als de particuliere zorgverzekeringen voor.

- zorgconsumptie: de declaratie

Slechts in een beperkt aantal gevallen ontvangen ziekenfondsen declaraties via verzekerden. Daarover gaat het hier. De declaraties van zorgaanbieders komen in de volgende paragraaf aan de orde.

Waar het declaraties van in Nederland verrichte zorg betreft -dat zijn dus declaraties door particulier verzekerden- zijn de mogelijke fraudeproblemen beperkter dan bij in het buitenland verrichte zorg -dat betreft dus declaraties door zowel ziekenfonds- als particulier verzekerden. Nederlandse declaraties vallen onder de werking van de WTG en worden daarom getoetst aan

de tarievenwetgeving, dit gebeurt voor een deel automatisch (straks meer over deze automatische controles). Fraude lijkt bij declaratie van in Nederland verrichte zorg daarom in beperkte mate mogelijk door de werking van de WTG. Ook is declaratiefraude mogelijk wanneer er sprake is van samenspanning tussen verzekerde en zorgaanbieder, dan kan getracht worden gezamenlijk de WTG-tarieven te omzeilen. Uit de gegevens van zorgverzekeraars over fraudegevallen (het overzicht fraudecasuïstiek; waarover eveneens straks meer) blijkt dat fraude met declaraties vooral voorkomt met buitenlandse declaraties, slechts een beperkt aantal gevallen betreft Nederlandse declaraties waarin door verzekerden is geknoeid.

De declaraties voor in het buitenland verrichte zorg staan bekend als fraudegevoelig. Onder een aantal voorwaarden is deze zorg ook via de ZFW verzekerd. Omdat buitenlandse zorgaanbieders andere tarieven hanteren en omdat er (in verreweg de meeste gevallen) geen contractrelatie met de buitenlandse aanbieder bestaat, is de zorgverzekeraar voor haar informatie over de juistheid van de declaratie in hoge mate afhankelijk van de verzekerde. Vanwege de bekendheid met deze fraudevorm lijkt de controle op buitenlandse declaraties redelijk intensief (onder andere met de zogenaamde ‘docubox’, waarmee geknoei in declaraties kan worden achterhaald). Deze mogelijkheid van declaratiefraude is voor particuliere en ziekenfondsverzekeringen gelijk. In paragraaf 3.2. is reeds aangegeven dat de maximale omvang van deze fraudemogelijkheid 15 miljoen euro is; dat is het totaal bedrag aan buitenlandse declaraties door verzekerden.

- controles in de uitvoering van de zorgverzekering

De zorgverzekeraars vervullen een belangrijke rol in de bestrijding van fraude in de gezondheidszorg. Veel verschillende soorten informatie komt bij hen terecht en dit maakt het hen mogelijk deze te vergelijken en door te lichten.

Ziektenfondsen zijn door het CTZ verplicht een aantal soorten controles regelmatig door te voeren. Zo voeren ziekenfondsen diverse formele controles uit op de betalingen die zij verrichten. Deze formele controles -bijvoorbeeld op verzekeringsgerechtigdheid, op de juistheid van de gedeclareerde tarieven, op de vraag of het gedeclareerde tot het verzekerde pakket behoort, op een indicatiestelling, op de vraag of er een overeenkomst is met de zorgaanbieder (bij ziekenfondsen)- zijn deels ingebouwd in het elektronische, administratieve systeem dat ziekenfondsen hanteren. Het is echter niet zo dat alle zorgverzekeraars hetzelfde systeem gebruiken. Er zijn meerdere systemen in gebruik. Dit komt de efficiëntie van het uitvoeringsproces wellicht niet ten goede. Wel is het zo dat de toezichthouder, het CTZ nadrukkelijk eisen stelt aan de inhoud en kwaliteit van het elektronische, administratieve systeem. Naast formele, administratieve controles voeren zorgverzekeraars ook zogenaamde verbandscontroles uit. Over een langere periode wordt dan gekeken naar het verloop en de samenhang in een zorgproces. Ook statistische analyses, zogenaamde micro-macro analyses, behoren tot de mogelijkheden. Door middel van statistische vergelijking tussen instellingen of beroepsbeoefenaren worden dan verschillen in declaratie en behandeling zichtbaar. Deze verschillen kunnen wijzen op fraude. In de praktijk blijkt het echter vaak bijzonder lastig

dergelijke verschillen als fraude te betitelen. De professionele beoordelingsvrijheid geeft behandelaars een grote ruimte. Tenslotte kennen we materiële controles, dat wil zeggen dat daadwerkelijk bij de zorgverlener de administratie onder de loupe wordt genomen. Het CTZ concludeert dat met name materiële controles onvoldoende plaats vinden.⁴³ Het CTZ stelt eisen aan de wijze waarop en de mate waarin ziekenfondsen controles uitvoeren. Zij moeten hierover jaarlijks verslag uitbrengen aan het CTZ.

Vanaf 1999 zijn de zorgverzekeraars, mede onder druk van de Ziekenfondsraad, met name via hun koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN) actief bezig met de ontwikkeling van een fraudebeleid.⁴⁴ Zorgverzekeraars worden aangespoord een fraudecoördinator aan te stellen. ZN ontwikkelt beleidsplannen en praktische handreikingen voor fraudebestrijding en organiseert onderling overleg tussen fraudecoördinatoren alsmede de uitwisseling van informatie over fraudegevallen tussen zorgverzekeraars. Hiertoe houdt zij een geanonimiseerd overzicht van de casuïstiek van fraude bij en heeft zij ook een lijst van 'fraude-indicatoren' ontwikkeld.⁴⁵ Verder ontwikkelt ZN een Extern Verwijzingsregister (EVR) waarin personen en bedrijven die fraude hebben gepleegd worden geregistreerd. Door raadpleging van dit EVR kunnen zorgverzekeraars een 'doeltreffender acceptatie- en controlebeleid' voeren.⁴⁶ Tenslotte is ZN actief bezig met de ontwikkeling van een sanctiebeleid vanuit de overtuiging dat de toepassing van sancties een afschrikwekkende werking heeft. Veel van deze activiteiten van ZN en de zorgverzekeraars zijn recent (2002/2003) gestart en dus nog volop in ontwikkeling.

De uitvoering van de AWBZ is opgedragen aan de zorgkantoren, het toezicht hierop is in handen van het CD. De zorgkantoren spreken budgetten af met AWBZ-instellingen (in het kader van het BKZ) en controleren jaarrekeningen en begrotingen van instellingen. De administratie en het toezicht zijn bij de uitvoering van de AWBZ minder gestructureerd en geuniformeerd dan in de uitvoering van de ZFW. Dit betekent dat het CTZ directer toezicht moet houden op de zorgkantoren dan op de ziekenfondsen. Het CTZ meent dat hierdoor geen grote problemen ontstaan, met uitzondering van de thuiszorg, waar de financieringssystematiek de zorgaanbieder mogelijkheden tot misbruik biedt, die voor zorgkantoor en CTZ moeilijk te beheersen zijn.⁴⁷

- fraudemogelijkheden en frauderisico's

Het verzekeringsproces biedt theoretisch een aantal mogelijkheden tot fraude: bij de inschrijving, de identificatie en de declaratie. Van oudsher signaleerden ziekenfondsen

⁴³ Zie het CTZ deelrapport, paragraaf 3.2 en 3.4.1. ZN nuanceert dit door er op te wijzen dat de mate waarin materiële controle plaats vindt nogal varieert van zorgverzekeraar tot zorgverzekeraar en door er op te wijzen dat zij actief beleid voert, middels een werkgroep materiële controle, om tot verbetering van het proces te komen.

⁴⁴ Zowel in het CTZ deelrapport, paragraaf 2.4.2, als in het deelrapport van de Auditdienst VWS, paragraaf 4, wordt er op gewezen dat dit fraudebeleid nog versnipperd is en in ontwikkeling.

⁴⁵ Zie verder het deelrapport van de Auditdienst VWS, paragraaf 4.

⁴⁶ Zie de brief van ZN aan de minister van VWS, over de 'Fraude-analyse zorgsector', d.d. 21 maart 2003.

⁴⁷ Zie het CTZ deelrapport, paragraaf 4.4.

problemen rondom de inschrijving. Deze lijken tegenwoordig grotendeels achterhaald door de toegenomen mogelijkheden van elektronische informatieuitwisseling (GBA, RINIS e.d.). Identiteitsfraude komt aantoonbaar voor en is gelocaliseerd bij een specifieke groep en in specifieke zorgverleningssituaties (de meer anonieme en massale situaties). Het terugdringen van deze vorm van fraude is wellicht mogelijk door stringentere identificatie-eisen te stellen maar leidt ten dele slechts tot verschuiving van kosten en kan overigens ook risico's voor de volksgezondheid met zich mee brengen.⁴⁸ Declaratiefraude betreft waarschijnlijk vooral fraude met buitenlandse declaraties. Hierop lijkt een redelijk adequate controle te worden uitgeoefend. Fraude met binnenlandse declaraties wordt geremd door het tariefstelsel, maar is ook mogelijk. Over de omvang hiervan valt weinig te zeggen.⁴⁹

De zorgverzekeraars spelen een grote rol bij het voorkomen en bestrijden van fraude. Door het feit dat vele informatiestromen samenkomen bij de zorgverzekeraar beschikken zij over unieke mogelijkheden tot controle. Dit vereist goede administratieve procedures en een goed werkend administratief systeem en maakt diverse vormen van administratieve controle mogelijk. Het gebruik van goede ICT-systemen maakt hier een veel betere administratieve controle mogelijk dan voorheen. Het toezicht op de mate waarin dergelijke controles worden uitgevoerd en de kwaliteit ervan is aan het CTZ. Materiële controle van met name declaraties lijkt onvoldoende plaats te vinden.

De onderstaande tabel brengt de mogelijkheden en de risico's van fraude vanuit het perspectief van het verzekeringsproces in kaart.

⁴⁸ Dit treedt op wanneer illegalen daadwerkelijk van zorg worden uitgesloten en ook zij zelf, bijvoorbeeld vanwege angst voor uitzetting, geen stappen meer durven te zetten om zorg illegaal te verwerven.

⁴⁹ Zie verder het deelrapport van de Auditdienst VWS.

Tabel 6: Mogelijkheden en risico's van fraude vanuit het perspectief van het verzekeringsproces

A Handeling	B Systeem	C Fraudemogelijkheid	D Beheersing	E Aard/omvang van het risico
inschrijving	ZFW: automatische melding via UWV	incorrecte inschrijving	- toegang GBA - automatisch systeem UWV-Zf: RINIS	- veel mutaties - afnemende problemen t.g.v. verbetering informatie-systemen
	AWBZ: volksverzekering	geen	n.v.t.	
	part.verz.: eigen initiatief, tenzij collectief	incorrecte inschrijving	controle door zorgverzekeraar wanneer om restitutie gevraagd wordt	
identificatie	Zorgpas	diefstal, verhuur, uitleen van passen aan onverzekerden	controle door zorgaanbieder	- lijkt regelmatig voor te komen - aantal illegalen: ongeveer 150.000 - bestrijding risico is deels verplaatsing van kosten
declaratie (ZFW: buitenlandse declaraties; particuliere verzekering: alle)	interne administratieve controles door verzekeraars	onjuiste/valse declaraties worden niet gedetecteerd	-toetsing aan WTG - intensief onderzoek (buitenlandse) declaraties - part. verz.: controle door patiënt	- afhankelijk van kwaliteit administratief systeem en intensiteit fraudebeleid - materiële controle is onvoldoende - buitenlandse declaraties: maximaal 15 miljoen euro ⁵⁰
	AWBZ: controle door zorgkantoren	onjuiste vaststelling en gebruik budget	toezicht CTZ	risico m.b.t. thuiszorg

⁵⁰ Zie het CTZ deelrapport, paragraaf 3.2.

3.5 Het zorgverleningsproces

- inleiding

In deze paragraaf staan we in algemene termen stil bij het zorgverleningsproces en bij de mogelijkheden tot fraude daarbinnen en de eventuele risico's van fraude. Deze analyse vertrekt vanuit de verschillende typen zorgverleners en richt zich op de declaratie van de kosten van zorgverlening. We zullen hier geen aandacht meer besteden aan gebudgetteerde instellingen. Veel over de gebudgetteerde instellingen is al in paragraaf 3.3 aan de orde gekomen, dit vanwege het feit dat het budgetteringssysteem en lump-sum financiering -de financieel-administratieve systemen in de zorgverlening door instellingen- het zorgproces in hoge mate voorstructuren. De vrijgevestigde beroepsbeoefenaren krijgen hier vooral de aandacht. In het kader van een frauderisico-analyse zal de aandacht uitgaan naar de werking en de vrijheid die het declaratiesysteem van de WTG hen biedt.

- vrijgevestigde beroepsbeoefenaren

Hiervoor is reeds uiteengezet dat en hoe vrijgevestigde beroepsbeoefenaren functioneren binnen het kader van de WTG-tarieven en het BKZ-budget. Omdat er echter niet zoals bij instellingen sprake is van individuele budgetten, is het theoretische risico van fraude groter. Bepalend voor de fraudemogelijkheden is het tarifieringssysteem.

Het systeem waarmee tarieven voor vrije beroepsbeoefenaren in de WTG wordt bepaald is simpel. Het tarief wordt gebaseerd op een norminkomen en op de normkosten voor de praktijkvoering. Vervolgens wordt aan de hand van een normwerkbelasting een tarief vastgesteld volgens de formule:

$$\frac{\text{Norminkomen} + \text{normkosten}}{\text{Normatieve werkbelasting}}$$

In het verleden zijn per beroepsgroep norminkomens door de overheid vastgesteld⁵¹. In dat norminkomen zitten elementen als salaris, vakantietoeslag, verzekeringen, sociale premies en pensioenvoorzieningen. Voor elke beroepsgroep zijn ook modellen voor de praktijkkosten vastgelegd.

Bij deze kosten kan men denken aan assistenten, huisvesting, auto, telefoon, praktijkruimte, instrumenten etc.⁵² De normatieve werkbelasting is in de formule de noemer van de breuk. De werkbelasting kan op verschillende manieren worden uitgedrukt in prestatie-eenheden die een vrije beroepsbeoefenaar in normale werktijd per jaar kan doen. Bij apothekers is het aantal regels op een recept maatgevend, bij verloskundigen het aantal bevallingen, bij huisartsen het aantal ziekenfondspatiënten en/of het aantal particuliere consulten. Bij weer andere groepen is het aantal minuten benodigd voor een bepaalde verrichting de maat.

⁵¹ Deze worden van jaar tot jaar aangepast.

Op basis van bovenstaande regels, die indien nodig jaarlijks worden aangepast, worden de tarieven vastgesteld. Voor de tarieven geldt in beginsel dat hoe complexer de tariefstructuur is (hoe meer variabelen en hoe meer manipuleerbaar deze variabelen) hoe groter de mogelijkheid van fraude is. Het onderstaande overzicht geeft globaal de tariefstructuur van de belangrijkste beroepsgroepen aan.

Tabel 7: Tariefstructuur per beroepsgroep

Beroepsbeoefenaren	Tariefeenheid
Verloskundigen	Tarief per partus (afscheiding/geboorte)
Fysiotherapeuten	Tarief per zitting
Oefentherapeuten Cesár/Mensendieck	Tarief per behandeling
Logopedisten	Tarief per behandeling
Huisartsen (particulier)	Tarief per consult
Huisartsen (ziekenfonds)	Tarief per patiënt per jaar
Apotheekhoudende huisartsen	Tarief per patiënt per jaar of per receptregel
Apothekers	Tarief per receptregel
Tandartsen	Tarief per verrichting (op basis van een puntwaarde en een puntenaantal per verrichting)
Tandartsspecialisten	Tarief per prestatie (op basis van een puntwaarde en een puntenaantal per prestatie)
Medisch specialisten	Tarief per prestatie (plus eventueel aanvulling tot maximaal de lumpsum)
Psychiaters	Tarief per prestatie (plus eventueel een vrijwaringpercentage tot maximaal de lumpsum)

Voor de meeste bovenstaande tarieven geldt dat er slechts een beperkt aantal variabelen een rol speelt in het tarief en dat de manipuleerbaarheid beperkt is. Verloskundigen declareren per bevalling. Fysiotherapeuten declareren per zitting (van een bepaald aantal minuten) en ook het totaal aantal zittingen is gemaximeerd. Logopedisten en oefentherapeuten declareren per

⁵² Idem.

voorgeschreven behandeling (die uit meerdere zittingen kan bestaan). Huisartsen krijgen een zogenaamde abonnementsvergoeding per bij hen ingeschreven ziekenfondspatiënt (dat is een vast tarief per jaar) en een vergoeding per consult voor particuliere patiënten (hierin wordt onderscheiden naar soort consult: telefonisch, op het spreekuur, huisbezoek e.d.). Apothekers krijgen een vergoeding per receptregel (voorgeschreven medicijn).

Bovenstaande eenvoudige en redelijk eenduidige tarieven zijn in de loop der jaren ontstaan. Zokende de beroepsgroep fysiotherapeuten in het begin van de jaren tachtig een meer gedifferentieerde tariefstructuur (naar verschillende behandelingen en verrichtingen). Toen werd opgemerkt dat deze tarieven aanleiding gaven tot fraude is de tarievenstructuur aangepast en vereenvoudigd.

De fraudemogelijkheden hebben bij eenvoudige dus bijna enkelvoudige tarieven vooral betrekking op het creëren van meerdere declaratiemogelijkheden door een behandeling of een recept te dupliceren. Dupliceren kan op verschillende manieren, bijvoorbeeld het ‘knippen van recepten’ door apothekers (1 voorschrift omzetten in 2) of door een zelfde behandeling nogmaals onder een andere diagnose te declareren. De detectie van dergelijke vormen van dupliceren van declaraties is afhankelijk van de kwaliteit van de interne controles bij zorgverzekeraars (zie eerder).

Hoe minder enkelvoudig hoe groter de fraudemogelijkheden bij de declaratie door vrijgevestigde beroepsgroepen. Voor huisartsen ontstaan mogelijkheden tot fraude bij de declaratie van zorg verleend aan particuliere patiënten, voor hen bestaat immers geen abonnementstarief. Hierop vormt het feit dat de patiënt deze declaratie onder ogen krijgt of zelf betaalt echter een belangrijke rem. De declaratie van huisartsen is niet zo ingewikkeld dat hij niet voor de meeste patiënten begrijpelijk is.

De meer complexe tarieven zijn de tarieven van tandartsen en van specialisten. Bij de specialisten in instellingen is hierboven reeds stilgestaan, hun mogelijkheden tot frauderen zijn minimaal. Bij tandartsen zijn deze mogelijkheden aanmerkelijk groter. Hoewel ook hun declaraties voor een belangrijk deel gezien worden door patiënten, is de transparantie van deze declaraties al een stuk geringer dan die van huisartsen. Echter: een belangrijk deel van de tandartszorg valt buiten de (publiek en privaat) verzekerde pakketten, waardoor eventuele fraude geen verzekeringsfraude is. Het blijft uiteraard wel zorgfraude.

Het CTZ beschouwt een deel van de declaraties van vrije beroepsbeoefenaren als fraudegevoelig, omdat formele controles in de uitvoering (zie hiervoor) onvoldoende mogelijkheden bieden om de risico's te beheersen. Zolang materiële controles onvoldoende worden uitgevoerd beschouwt zij de declaratie van tandheelkundige hulp, paramedische hulp, ziekenvervoer, farmaceutische hulp en hulpmiddelen als fraudegevoelig.⁵³ Hieraan kan dus

⁵³ Zie het deelrapport van het CTZ, paragraaf 3.5.

toegevoegd worden dat het risico varieert en afhankelijk is van de meervoudigheid (of: complexiteit) van het tariefsysteem per beroepsgroep.

Onderstaande tabel illustreert de omvang van de groep beroepsbeoefenaren in 2001.

Tabel 8: Omvang van beroepsgroepen in de zorgsector

Beroepsbeoefenaren	Macrokosten 2001 (in miljoen €)	Aantallen 2001
Verloskundigen	110	950
Fysiotherapeuten	750	11.500
Oefentherapeuten Cesár/Mensendieck	40	1.750
Logopedisten	50	1.800
Huisartsen	1.440	7.000
Apotheekhoudende huisartsen	Zie apothekers	700
Apothekers	4.120 (incl. geneesmiddelen)	1.570
Tandartsen	1.190	7.300
Tandartsspecialisten	70	450
Medisch specialisten	1.330	7.000
Psychiaters	60	1.200

Bron: bijlage I, deelrapportage FIOD-ECD

- privéklinieken en ZBC's

Naast gebudgetteerde instellingen en vrij gevestigde beroepsbeoefenaren kennen we in Nederland nog privéklinieken (slechts op enkele domeinen van de zorgverlening) en zogenaamde *Zelfstandige Behandel Centra* (ZBC's). Voor beide geldt dat zij onder de werking van de WTG-tarivering vallen. Privéklinieken vallen onder de WTG-tarieven voor specialistische hulp.⁵⁴ Voor hen geldt, waar het de fraudemogelijkheden en –risico's betreft, hetzelfde als bij de hiervoor behandelde vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. ZBC's bestaan sinds kort (2000) en zijn in feite privéklinieken die als orgaan van de gezondheidszorg worden geaccepteerd. Dat betekent dat ze een vergunning in het kader van de WZV nodig hebben. ZBC's hebben een omvangrijker infrastructuur dan vrijgevestigde beroepsbeoefenaren en deze infrastructuur komt sinds ZBC's als orgaan voor de gezondheidszorg zijn geaccepteerd ook voor vergoeding in aanmerking (zoals dat ook bij andere instellingen het geval is). De tarieven van het CTG zijn echter (nog) niet afgestemd op het feit dat dergelijke klinieken over het

⁵⁴ Hier moeten we een onderscheid maken met de tarievenlijst instellingen die de tarieven voor specialistische hulp in gebudgetteerde instellingen vaststelt. Deze tarieven staan volgens de betrokkenen veraf van de praktijk van de hulpverlening, ze zijn –vanwege de budgettering- lange tijd niet 'onderhouden' (d.w.z. aangepast aan de ontwikkelingen in de zorgpraktijk). Dit onderhoud zal via de DBC's gaan plaatsvinden. Naast de tarievenlijst instellingen zijn er WTG-tarieven voor specialistische hulp. Hierop baseren privéklinieken hun tarieven.

algemeen meer infrastructurele voorzieningen hebben dan andere vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. In een onderzoek van de FIOD/ECD⁵⁵ naar ZBC's is gebleken dat er vaak nog zonder vergunning wordt gewerkt en dat er veel onregelmatigheden in de declaraties van ZBC's zitten, men declareert bijvoorbeeld 'niet WTG-tarieven', dat wil zeggen te hoge tarieven. Vanwege het feit dat ZBC's nog erg nieuw zijn (ze bestaan als orgaan van de gezondheidszorg vanaf 2000) heeft de minister voorlopig nog geen gevolgen verbonden aan dit onderzoek en het CTG gevraagd een kostenonderzoek te starten om zo tot mogelijke aanpassingen van de tarieven te komen.

- fraudemogelijkheden en frauderisico's

De financiële-administratieve systemen die de financiering en betaling van het zorgproces 'reguleren' begrenzen de mogelijkheden tot fraude en geven er tegelijkertijd richting aan. Budgettering en lump-sum financiering van specialistische hulp beperken, zeker ten tijde van de gesloten budgettering (tot 1999 respectievelijk 2001) de mogelijkheden tot fraude in hoge mate, maar sluiten haar uiteraard niet volledig uit.

Voor de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren worden de mogelijkheden tot fraude bepaald door de aard van de tarievenstructuur. Simpel geformuleerd: hoe complexer de tarieven hoe groter de mogelijkheid tot frauderen. De mate waarin zich fraude voor kan doen is uiteraard vervolgens wel afhankelijk van het toezicht dat wordt uitgeoefend op het zorgverleningsproces en de zorgaanbieders.

Het toezicht op de zorgaanbieders wordt belemmerd doordat de WTG zorgaanbieders niet verplicht op een specifieke wijze te administreren. De wet kent deze mogelijkheid wel, maar hiervan is tot op heden geen gebruik gemaakt. De FIOD/ECD heeft hier meermalen en ook recent nog op aangedrongen. Zij beschouwt het ontbreken van administratieverplichtingen als een ernstige belemmering voor haar toezichthoudende- en opsporingsfunctie.⁵⁶

De activiteiten van FIOD/ECD, de toezichthoudende instantie namens het CTG, zijn echter beperkt.⁵⁷ Het aantal mensen dat de FIOD/ECD ter beschikking staat voor haar taken op het terrein van de gezondheidszorg is zeer gering en deze mensen verrichten niet alleen toezicht- en opsporingsonderzoeken, maar doen ook beleidsgericht onderzoek voor het CTG. Het aantal mensen dat toezicht houdt is echter niet de enige factor die van belang is. Ook de kans dat geconstateerde fraude leidt tot vervolging is van belang op de dreiging die uitgaat van de toezichthouder. Ook hier is de situatie problematisch. In het verleden is het bijzonder lastig gebleken professionals wegens fraude veroordeeld te krijgen. De professionele beoordeling van de medische noodzaak van bepaalde zaken belemmert het Openbaar Ministerie ernstig bij de vervolging. Hier spelen overigens ook capaciteitsproblemen een rol.

⁵⁵ Zie het deelrapport van het CTG en de FIOD/ECD, paragraaf 8.

⁵⁶ Zie het deelrapport van het CTG en de FIOD/ECD, paragraaf 7.

⁵⁷ Zie het deelrapport van het CTG en de FIOD/ECD, paragraaf 8.

Toezicht op de zorgaanbieders wordt uiteraard ook uitgevoerd door zorgverzekeraars. Bij de formele en administratieve (verbands- en micro-macro-)controles door zorgverzekeraars is in de vorige paragraaf reeds stil gestaan. Wat betreft de controle op zorgaanbieders geldt echter dat zorgverzekeraars volgens het CTZ onvoldoende daadwerkelijke, materiële controles uitvoeren. Zij verlaten zich vooral op formele en administratieve controles en de vraag is of deze controles een voldoende rem leggen op de mogelijkheden tot fraude. Daarnaast geldt voor zorgverzekeraars evenals voor de ECD dat de constatering van fraude niet vaak tot vervolging leidt. Bewijslastproblemen staan volgens Zorgverzekeraars Nederland (ZN) vervolging vaak in de weg. Waar mogelijk vindt wel correctie plaats van verkeerd gedeclareerde middelen. Deze worden dan als het resultaat van administratieve fouten gezien.

De laatste controlemogelijkheid op zorgaanbieders ligt bij de patiënt. De rol van de patiënt is echter eveneens beperkt. In de eerste plaats omdat een belangrijk deel van het financiële- en administratieve proces zich onttrekt aan de waarneming van patiënten wanneer er sprake is van zorgverlening in natura. Verder is de patiënt per definitie begrensd in zijn of haar mogelijkheden tot controle vanwege een gebrek aan professionele kennis. Daarnaast is de vertrouwensband tussen patiënt en zorgverlener een belemmering voor controle door patiënten. Tenslotte is het tekort aan zorgaanbieders een laatste factor die de rol van de patiënt als controleur inperkt. Hoe vind ik na een eventueel conflict over een declaratie een ander?

Wellicht de belangrijkste potentiële rem op het risico op fraude in de Ziekenfondswet –naast de begrenzingen die uitgaan van het financiële en administratieve systeem- is gelegen in de contracteervrijheid van de ziekenfondsen. Wanneer een ziekenfonds een slechte naam krijgt – en zorgverzekeraars registreren problemen met zorgaanbieders en verzekeren en wisselen deze informatie ook uit- loopt hij of zij het risico in de toekomst geen contract meer afgesloten te krijgen. Zelfs wanneer zich dit zelden voordoet, kan ook de dreiging ervan al een belangrijke rol spelen in de vermindering van het frauderisico.

Onderstaande tabel biedt inzicht in fraudemogelijkheden en -risico's bezien vanuit het perspectief van het zorgverleningsproces.

Tabel 9: Mogelijkheden en risico's van fraude vanuit het perspectief van het zorgverleningsproces

A Handeling	B Systeem	C Fraudemogelijkheid	D Beheersing	E Aard/omvang van het risico
declaratie vrijgevestigde beroeps-beoefenaren en privéklinieken	WTG-tarieven	-onjuiste declaratie - dupliceren declaratie	- formele en materiële controle door zorgverzekeraar - controle door patiënt (part. verz.) -contracteer-vrijheid (in ZFW) - controle door FIOD/ECD - toezicht CTZ	- afhankelijk van complexiteit tarieven en manipuleerbaarheid variabelen - risico concentreert zich bij een aantal specifieke groepen - daadwerkelijke (materiële) controle is onvoldoende - FIOD/ECD activiteiten beperkt - vervolging blijkt bijzonder lastig
declaratie door ZBC's	WTG tarieven	Onjuiste declaratie	- zie boven - echter: WTG-tarieven sluiten niet goed aan bij de praktijk, afwijkingen worden voorlopig geaccepteerd in afwachting van aanpassing van tarieven	- onbekend

4 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

4.1 Fraude in de zorg: kwetsbare plekken

Noch uit dit eindrapport noch uit de drie deelrapportages volgen conclusies omtrent de omvang van fraude in de zorgsector. Wat wel duidelijk is geworden is dat de financiële en administratieve systemen en processen in de gezondheidszorg de mogelijkheden tot fraude sterk begrenzen.

In de eerste plaats worden de mogelijkheden tot frauderen in de gezondheidszorg in hoge mate belemmerd door het feit dat zowel de ZFW als de AWBZ zorg in natura verlenen. Hiermee is het grootste deel van de zorg gevrijwaard van fraude door verzekerden. Het in de afgelopen decennia gevoerde beleid dat gericht was op de beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg door middel van het Budgettair Kader Zorg en de lump-sum financiering van specialisten in de zorg, heeft dezelfde gevolgen gehad voor de mogelijkheden tot frauderen door zorgaanbieders: deze zijn gering. Bij vrijgevestigde beroepsbeoefenaren hangen de fraudemogelijkheden sterk af van het specifieke systeem dat voor een bepaalde beroepsgroep gebruikt wordt. Sommige systemen (zoals het abonnementstarief voor huisartsen in de ZFW) begrenzen fraude eveneens sterk.

Verder is duidelijk geworden dat sommige risico's adequaat beheerst worden, zoals de frauderisico's die voortvloeien uit de inschrijving van verzekerden op grond van de ZFW, door koppeling aan de GBA en het gebruik van RINIS. Andere risico's laten zich lastiger beheersen, zoals identiteitsfraude (zorgpasfraude).

Binnen de begrenzingsmaatregelen, en gelet op de inzet en effectiviteit van de huidige beheersingsmaatregelen, is het mogelijk kwetsbare plekken aan te wijzen. Uit de deelrapportages en uit de analyse in het vorige hoofdstuk komen de volgende frauderisico's naar voren:

- a. zorgpasfraude (in de ZFW en in de particuliere verzekeringen);
- b. declaratiefraude door verzekerden (voor de ZFW en voor de particuliere verzekeringen vooral met betrekking tot zorg genoten in het buitenland; voor de particuliere verzekeringen ook in geringe mate bij binnenlandse declaraties);
- c. declaratiefraude door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren. Het risico concentreert zich bij enkele groepen, namelijk tandartsen, paramedici, ziekenvervoer (met uitzondering van het ambulancevervoer), en bij farmaceutische hulp;
- d. fraude door aanbieders in de thuiszorg (AWBZ);
- e. fraude bij de vaststelling van instellingsbudgetten sinds de gesloten budgetsystematiek opgeheven is (dit betreft overigens verruiming van de middelen van instellingen, geen zelfverrijking).

Harde indicaties over de omvang van deze soorten fraude hebben we niet. In sommige gevallen, zoals bij de fraude met declaraties met betrekking tot zorg genoten in het buitenland, hebben we wel een duidelijke bovengrens aan kunnen geven. Niet in alle gevallen is overigens

sprake van zelfverrijking. Declaratiefraude door aanbieders kan plaatsvinden ten behoeve van de verzekerde. Fraude (of moeten we spreken over oneigenlijk gebruik?) met budgetten in de thuiszorg of andere instellingen (de grijze productieafspraken) heeft vooral tot doel de middelen van de instelling te verruimen, zonder dat hierbij sprake hoeft te zijn van zelfverrijking.

In dit slothoofdstuk gaan we allereerst (paragraaf 4.2) nader in op suggesties die zijn gedaan om bovenstaande vormen van fraude beter te beheersen. Daarbij besteden we ook aandacht aan de rol die ICT kan spelen, en de relatie tussen fraudebeheersing en de voorstellen van de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (commissie-De Beer) van januari 2002.

Vervolgens (paragraaf 4.3) gaan we in op de betekenis van deze frauderisico-analyse voor de modernisering van het zorgstelsel. Ter afsluiting doen we enkele aanbevelingen omtrent vervolgonderzoek (paragraaf 4.4).

4.2 Suggesties ter verbetering van fraudebeheersing

In de deelrapportages en in het antwoord van Zorgverzekeraars Nederland⁵⁸ op een verzoek van de minister van VWS om nadere informatie omtrent zorgfraude, worden enkele specifieke maatregelen genoemd die het mogelijk moeten maken bepaalde vormen van zorgfraude beter te beheersen. Recent heeft ook het College voor zorgverzekeringen (CVZ) op verzoek van de minister van VWS een uitvoeringstoets uitgebracht omtrent maatregelen ter bestrijding van fraude in de zorg (CVZ, 2003). Hieronder passeren enkele maatregelen kort de revue. Daarbij gaat het zowel om enkele specifieke maatregelen als om enkele verbeteringsuggesties die een meer algemeen karakter hebben.

- identificatieplicht

In de deelrapportages van AD-VWS en CTZ wordt gepleit voor het invoeren van een identificatieplicht voor verzekerden op het moment van zorggebruik, bij zorgaanbieders. In de brief van ZN beperkt men zich tot een dergelijke identificatieplicht bij de verstrekking van ziekenhuiszorg.

Bij de eventuele invoering van een identificatieplicht zijn er twee praktische zaken die aandacht behoeven:

- a. geldt de identificatieplicht voor al het zorggebruik? In bepaalde gevallen lijkt dat een te zwaar middel, zoals in de thuiszorg, waar nauwelijks identiteitsfraude mogelijk is. Zoals gezegd beperkt ZN zich tot ziekenhuiszorg, en dat lijkt redelijk. Het CVZ (2003, p. 6) noemt naast ziekenhuisopnames, poliklinische zorg en eerste hulp in ziekenhuizen nog een andere vorm van zorg waar zorgpasfraude mogelijk relatief veel speelt namelijk zorg door grote huisartsposten;
- b. moet er een nieuw zorgidentiteitsbewijs worden ingevoerd of wordt gebruik gemaakt van bestaande algemene identiteitsbewijzen (paspoort, identiteitskaart, rijbewijs)? Het

ombouwen van de huidige verzekeringsbewijzen tot volwaardige, fraudebestendige zorgidentiteitsbewijzen is kostbaar. Het CVZ pleit op termijn voor een chipkaart met daarop een biometrisch kenmerk, maar vanwege de invoeringsproblematiek bepleit zij op korte termijn het gebruik van een algemeen identiteitsbewijs. Ook ZN bepleit het gebruik van algemene identiteitsbewijzen.

Voor de betrokken zorgaanbieders zal de identificatieplicht hoe dan ook administratieve lasten met zich meebrengen, waarover met de verzekeraars afspraken gemaakt zouden moeten worden.

Een belangrijk effect van een identificatieplicht is dat duidelijker dan voorheen de kosten die gemoeid zijn met de zorg aan onverzekerden zichtbaar worden. Er zijn dan wel afspraken nodig omtrent de omgang met onverzekerden en de financiële consequenties ervan⁵⁹. In het vorige hoofdstuk is gewezen op de risico's die mogelijk ontstaan voor de volksgezondheid, wanneer onverzekerden van zorg worden uitgesloten.

- de cliënt als fraude-detector

Een andere mogelijke verbetering is het 'inzetten' van de cliënt bij de detectie van fraude, bijvoorbeeld door zorgaanbieders te verplichten de cliënt een kopie van de declaratie te geven, ook in het naturastelsel. Minder vergaande voorstellen hebben betrekking op de plicht voor zorgaanbieders cliënten op enigerlei wijze inzicht te geven in de gehanteerde tarieven⁶⁰.

Controle door de cliënt is in het voorgaande hoofdstuk meerdere malen als beheersingsmechanisme genoemd. Daar waar declaraties zich nu aan het waarnemingsvermogen van de cliënt onttrekken, zou inderdaad winst geboekt kunnen worden. Naast de voor de hand liggende tegenwerping van de verhoging van administratieve lasten voor zorgaanbieders, lijken twee nadere kanttekeningen op hun plaats:

- de WTG-tarieven zijn administratieve parameters, die niet al te veel met de werkelijke kosten van de betreffende verrichtingen te maken hebben. Cliënten zullen de tarieven echter wel als echte 'prijzen' interpreteren, en dat kan tot verwarring leiden;
- cliënten zullen niet altijd geneigd zijn fraude door hun zorgverlener te melden, uit loyaliteitsoverwegingen, of gezien hun afhankelijkheidspositie ("Liever een huisarts die fraudeert dan geen huisarts").

- intensievere materiële controles

Uit de deelrapportage van CTZ komt naar voren dat er op het terrein van de materiële controles op declaraties door zorgaanbieders in de ZFW (en mutatis mutandis bij de particuliere verzekeringen) nog winst is te boeken, met name bij de doelgroepen zoals die in paragraaf 4.1 zijn genoemd. Lastig is hier dat de inzet van middelen voor extra materiële controles zou moeten worden afgewogen tegen de opbrengsten, in termen van fraudereductie, die daarmee gepaard gaan, en dat het zicht op de omvang van de betreffende fraudes ontbreekt. Ook bij de bestrijding van fraude door verzekerden bij zorg in het buitenland moet een

⁵⁸ Brief van Zorgverzekeraars Nederland aan de minister van VWS van 20 maart 2003.

⁵⁹ Voor de eerstelijnszorg voorziet het zogenaamde Koppelingsfonds daar al in.

⁶⁰ Zie met name de deelrapportage van CTG/FIOD-ECD.

dergelijke afweging worden gemaakt; de materiële controles zijn op dat specifieke terrein relatief kostbaar.

Een ander probleem met betrekking tot de materiële controles⁶¹, is dat verzekeraars niet altijd voldoende toegang hebben tot de administratie en dossiers van zorgverleners, waarbij de laatsten zich beroepen op privacybescherming.

- administratieve voorschriften

Materiële controles worden ook vergemakkelijkt wanneer zorgaanbieders een doorzichtige administratie voeren. Het totstandbrengen van administratievoorschriften voor zorgaanbieders (en ziektekostenverzekeraars zelf) op grond van art. 2a WTG komt als aanbeveling met name naar voren in de deelrapportage van CTG/FIOD-ECD. Ook het Openbaar Ministerie heeft dat eerder bepleit (zie het FUIO-onderzoek van september 2001). Deze maatregel heeft een meer algemene werking, en maakt deel uit van de reeds in gang gezette aanpassing van de WTG.

- verbetering informatievoorziening in de AWBZ

De informatievoorziening van aanbieders van thuiszorg richting zorgkantoren laat sterk te wensen over, zo blijkt uit de deelrapportage van CTZ. Het gaat hier om een heel specifiek probleem, dat bovendien niet alleen beheersing van het frauderisico betreft, maar ook de bredere sturings- en controle mogelijkheden van zorgkantoren.

- voorschriften met betrekking tot toerekening van beheerskosten

De rapportages van de AD-VWS en van het CTZ laten zien dat ten aanzien van de toerekening van beheerskosten binnen concerns nog onduidelijkheid bestaat, en dus wellicht ruimte voor misbruik. Het CTZ ontwikkelt nadere voorschriften dienaangaande.

- rol van de accountant

In de deelrapportage van CTG/FIOD-ECD wordt uitdrukkelijk aandacht gevraagd voor de rol van de accountant. Uit de deelrapportage van CTZ blijkt hoezeer toezichthouders zoals CTZ 'leunen' op accountantsverklaringen en onderliggende rapportages, als het gaat om het toezicht op ziekenfondsen. Verzekeraars, maar ook het CTG, maken eveneens gebruik van accountantsprodukten bij het toezicht op zorgaanbieders. Of en in hoeverre accountants expliciet aandacht besteden aan fraude, en wat daarmee de waarde is van goedkeurende accountantsverklaringen, is echter niet altijd duidelijk. Ook hier is verbetering mogelijk.

- reductie van de complexiteit van het tarievenstelsel

In alle deelrapportages klinkt de roep door om meer eenduidige regelgeving, met name met betrekking tot tarieven. Ook ZN vraagt om het nalopen van de huidige tariefstellingen op vage formuleringen die interpretatieverschillen in de hand werken.

In meer algemene zin is het natuurlijk zo dat als er helemaal geen regels zouden zijn, er ook geen fraude is: hoe meer regels, hoe meer vlegels. Een zorgsysteem waarin particulieren zich niet kunnen verzekeren, en de zorgverlening niet nader gereguleerd is, brengt geen fraude met

zich mee. Hooguit fraude in die zin dat aanbieders van zorg patiënten onnodig kunnen behandelen. Op het moment dat patiënten de gelegenheid hebben zich te verzekeren, ontstaat de mogelijkheid van verzekeringsfraude door verzekerden (in een declaratiestelsel) of door zorgaanbieders (in een naturastelsel) of door beide (samenspanning). Op het moment dat er regulering en beheersing plaatsvindt van het zorgaanbod, zoals via een tarievenstelsel als de WTG, ontstaat er eveneens gelegenheid tot fraude door zorgaanbieders.

Reductie en versimpeling van regelgeving is dus zinnig uit het oogpunt van fraudebestrijding, maar kan haaks staan op de bedoelingen die de betreffende regelgeving heeft, zoals het beheersen van individuele financiële risico's, het beheersen van kosten op macro-budgettair niveau, het reguleren van aanbod, het zekerstellen van toegang tot zorg en dergelijke.

- uitbreiden van sanctiemogelijkheden voor verzekeraars

In het voorgaande hoofdstuk werd aangegeven dat de mogelijkheid van uitsluiting van verzekerden die zich schuldig maken aan fraude, zoals in de particuliere verzekeringen, kan werken als beheersingsinstrument. In de ZFW en in de AWBZ bestaat die mogelijkheid niet. Ook minder vergaande sancties zoals het tijdelijk opschorten van de dekking, of het tijdelijk verhogen van de premie, behoren daar niet tot de mogelijkheden.

Het CVZ besteedt in zijn uitvoeringstoets (CVZ, 2003) aandacht aan de mogelijkheid van definitieve of tijdelijke opschorting van reguliere verzekeringsaanspraken (anders dan noodhulp). Het CVZ voorziet problemen met de proportionaliteit van een dergelijke maatregel, met de effectiviteit en met de uitvoerbaarheid.

ZN is voorstander van sancties ten opzichte van frauderende verzekerden, maar wijst op de noodzaak van een afzonderlijke voorziening voor 'onverzekerbaren'. Bovendien bepleit ZN de mogelijkheid voor verzekeraars tot het opleggen van boetes.

De discussie over sancties voor fraudeurs lijkt zich toe te spitsen op verzekerden. In het vorige hoofdstuk is er op gewezen dat in het geval van fraude door zorgaanbieders simpelweg gebruik zou kunnen worden gemaakt van de contracteervrijheid (in de ZFW), maar dat die vrijheid de facto begrensd is door de geringe alternatieven die een zorgverzekeraar heeft.

- toezicht op fraudebeheersing

Uit de rapportages ontstaat de indruk dat het toezicht op de verschillende actoren in de zorgsector, en hun inspanningen ter bestrijding van fraude, niet optimaal is. De AD-VWS geeft bijvoorbeeld aan dat het toezicht op particuliere ziektekostenverzekeraars door de Pensioen- en Verzekeringkamer (PVK) zich beperkt tot toezicht op de financiële continuïteit van verzekeraars, waaronder interne integriteitsmaatregelen, maar niet zozeer op kwaliteit van het frauderisico-management richting verzekerden en zorgaanbieders. De Stichting uitvoering omslagregeling (Suo) houdt eveneens toezicht, maar dat richt zich op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, in het bijzonder de omslagregeling. Het CTG en de FIOD-ECD richten zich vooral op de WTG-tarieven die aanbieders in rekening brengen. Het CTZ geeft aan dat de eigen toezichtstaak in het kader van de ZFW naar behoren wordt vervuld, maar dat

⁶¹ Genoemd in de deelrapportage van de AD-VWS en van CTG/FIOD-ECD, en in de brief van ZN.

het toezicht binnen de AWBZ nog niet op ZFW-niveau zit. Dat betekent dat er bij de particuliere verzekeraars en bij de AWBZ mogelijk ontoereikend toezicht is.

- ICT, fraudebeheersing en terugdringing van administratieve lasten

Ontwikkelingen in de ICT en zorgfraude hangen op meerdere wijzen met elkaar samen. Allereerst maken ICT-ontwikkelingen fraude in bepaalde opzichten makkelijker. Zo kunnen declaraties simpeler dan voorheen worden gedupliceerd door verzekerden (scannen). Daar staat tegenover dat bepaalde ICT-toepassingen het mogelijk maken processen in de zorgverlening en/of –verzekering aanmerkelijk te bekorten en zo fraudemogelijkheden te beperken. Denk aan de huisarts die via de computer een recept direct doorgeeft aan de apotheker die op zijn beurt via de computer direct de kosten declareert bij de verzekeraar. Vergelijk dat met het traditionele proces waarbij de verzekerde met een papieren recept van huisarts naar apotheker moet, en met een papieren apothekersrekening naar de verzekeraar. Niet alleen uit het oogpunt van fraudebeheersing is het traditionele proces inferieur, maar ook vanuit het oogpunt van de administratieve lasten voor betrokkenen (zorgaanbieders, verzekeraars, en cliënten). Veel van de verbetervoorstellen die gedaan zijn door de commissie-De Beer ter reductie van de administratieve lasten in de zorgsector, hebben mogelijk ook een heilzame werking uit fraudebestrijdingsoogpunt.

In dit verband is ook de discussie van belang of er gestreefd zou moeten worden naar een uniform geautomatiseerd systeem voor de verwerking van declaraties bij zorgverzekeraars. Op dit moment fungeren er meerdere systemen naast elkaar, hetgeen de uitwisseling van gegevens en het verrichten van verbandscontroles op een geaggregeerd niveau belemmert. Vanuit het CTZ worden op dit moment bij ziekenfondsen slechts bepaalde minimumeisen gesteld aan de functionaliteit van de systemen in het uitvoeren van formele en verbandscontroles op declaraties voor het eigen fonds.

Tegen een uniform systeem is overigens wel het nodige in te brengen. Allereerst gaat uniformiteit vaak gepaard met een zekere inflexibiliteit. Ten tweede kan worden gewezen op de noodzaak voldoende concurrentie tussen verzekeraars te waarborgen. Het is echter de vraag of dit punt (de geautomatiseerde infrastructuur voor declaratieverwerking) zich daar het meest voor leent. In spoorwegtermen: concurrentie op de rails is vaak heilzamer dan concurrentie om de rails.

4.3 Fraude en modernisering van de zorg

De huidige discussie over fraude in de gezondheidszorg wint aan kwaliteit en aan politieke en beleidsmatige betekenis wanneer nadrukkelijk -zoals in het voorgaande- rekening wordt gehouden met de financieel-administratieve kaders waarbinnen de gezondheidszorg wordt uitgevoerd. Vanuit deze financieel-administratieve kaders is het probleem van fraude in de zorg echter wellicht niet het grootste probleem. Het systeem dat in Nederland in de loop der jaren is ontstaan is zeer succesvol in de mate waarin de kosten voor de gezondheidszorg beheersbaar zijn geworden. Maar wat is de prijs die hiervoor wordt betaald? De beheersingsmaatregelen lijken ook ongewenste en onbedoelde effecten met zich mee te

brenge. We kunnen bijvoorbeeld denken aan de complexe systematiek van budgetteren, aan de hiermee gepaard gaande administratieve lasten, aan het toenemende gebrek aan transparantie van het budgetteringssysteem, aan de tekorten in de zorg (wachlijsten) en dergelijke. Deze problematiek is voor de toekomst van de gezondheidszorg wellicht belangrijker dan de fraudeproblematiek. Met het oog op de toekomst van de gezondheidszorg en met het oog op de voorgenomen beleidswijzigingen –de zogenaamde modernisering van de zorg- verdient het aanbeveling nadrukkelijk stil te staan bij de mechanismen die voortvloeien uit de huidige financieel-administratieve ordening van de gezondheidszorg, in het bijzonder de diverse beheersingsmaatregelen, en bij de mogelijke onvoorziene en negatieve gevolgen die zij hebben voor de kwaliteit en het aanbod van zorg.

De mogelijkheden tot frauderen in de gezondheidszorg zijn onder andere afhankelijk van de aantallen transacties die plaatsvinden en van de begrenzingen die financiële en administratieve systemen opleggen aan deze transacties. Vanuit dit perspectief is deze frauderisicoanalyse geschreven en vanuit dit perspectief dient ook de modernisering van de gezondheidszorg benaderd te worden. De voorgenomen modernisering van de zorg betreft: de integratie van cure en care, de functionele omschrijving van aanspraken in de AWBZ, de invoering van meer vraagsturing; en de invoering van een nieuw tariefstelsel door middel van DBC's. Deze voorgenomen beleidswijzigingen vergroten het aantal transacties⁶² en lijken de beperkingen waaraan deze transacties onderhevig zijn en die tot reductie van fraudemogelijkheden leiden te verzwakken. Het verdient aanbeveling vanuit het perspectief van beheersing van de kosten van de zorg en het tegengaan van fraude deze plannen nauwkeurig op hun mogelijke gevolgen te analyseren.

4.4 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Zoals gezegd is dit onderzoek in zeer korte tijd verricht, en laat het daardoor veel vragen onbeantwoord. Vervolgonderzoek is denkbaar en wenselijk op de volgende terreinen:

- a. het fraudebegrip. In de inleiding is aangegeven dat terughoudend moet worden omgesprongen met het begrip fraude, en dat fraude er in allerlei soorten en maten is. Paragraaf 1.1 van dit onderzoek biedt een eerste aanzet tot een uitwerking van het begrip (zorg)fraude, maar ook niet meer dan dat. Het is van belang dat transparanter wordt gemaakt wat wel en wat niet onder zorgfraude wordt verstaan, in het bijzonder in relatie tot de financiële en administratieve systemen in de zorg;
- b. de omvang van zorgfraude. Uit deze risico-analyse komen duidelijk enkele fraudevormen naar voren die mogelijk een nader onderzoek naar omvang vragen. Ofschoon dergelijk onderzoek lastig is, laat een recente studie in opdracht van het WODC zien dat het mogelijk is tot acceptabele, betrouwbare omvangschattingen van fraude te komen (Lensvelt-Mulders c.s. 2000; zie voor een toepassing op fraude bij particuliere inboedelverzekeringen Van Gils, van der Heijden en Laudy, 2003). Belangrijk daarbij is echter dat er niet één enkele methode bestaat die voor alle fraudesoorten of voor een

⁶² De mate waarin is afhankelijk van de specifieke vormgeving.

afzonderlijke soort de verschillende vragen over fraude kan beantwoorden. Afhankelijk van de fraudevraag moet een passende onderzoeksmethode worden gevonden, waarbij een combinatie van verschillende onderzoeksmethoden vaak noodzakelijk is. Het genoemde onderzoek biedt daartoe een bruikbaar keuzemodel waarbij rekening wordt gehouden met kenmerken van de fraude, de informatiebehoefte en methodologische aspecten. In de bijlage bij dit rapport worden kort enkele mogelijke methoden besproken;

- c. de kwaliteit, volledigheid en effectiviteit van fraudebeheersingsmaatregelen, de coördinatie van fraudebestrijding in de zorgsector, en in het bijzonder de mogelijke rol daarbij van ICT;
- d. het toezicht in de zorgsector;
- e. de relatie tussen fraudebestrijdingsmaatregelen en de maatregelen ter reductie van de administratieve lasten in de zorgsector (commissie-De Beer);
- f. de modernisering van de zorg in relatie tot het vraagstuk van kostenbeheersing in algemene zin en in relatie tot fraudebeheersing in het bijzonder.

GERAADPLEEGDE LITERATUUR

Claes, P.F., *Risicomangement*, Houten: Educatieve Partners Nederland, 2000.

College voor zorgverzekeringen, *Fraude in de zorg*, Amstelveen, maart 2003.

Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (commissie-De Beer), *Minder regels, meer zorg*, Den Haag, 29 januari 2002.

Davies, S.L. en T.S. Jost, "Managed care: placebo or wonder drug for health care fraud and abuse?", in: *Georgia Law Review*, 31 (1997), p. 373-418.

Engbersen, G.B.M. e.a., *Illegale vreemdelingen in Nederland: omvang, overkomst, verblijf en uitzetting*, Rotterdam: Risbo Contractresearch, Erasmus Universiteit Rotterdam, 2002.

FIOD-ECD, *De intentie tot preventie*. Een onderzoek naar de controle van zorgverzekeraars op de juistheid van ingediende declaraties, 's-Gravenhage: Belastingdienst, juni 2002.

Fraude Unit Oost, *Zorg om zorgfraude*. Weergave van een globaal ingesteld onderzoek naar de inrichting van het fraudebeheersproces en de (on)mogelijkheden tot het plegen van (declaratie- en zorgpas-)fraude binnen de zorgsector contra de zorgverzekeraars, Openbaar Ministerie, september 2001.

Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst Amsterdam, Stafbureau Epidemiologie & Documentatie, *Onverzekerden in Amsterdam*. Een inventariserend onderzoek naar het aantal onverzekerden in de medische hulpverlening en de knelpunten bij de zorg, Amsterdam, februari 1991.

Gils, G. van, P. van der Heijden en O. Laudy, *Fraude in particuliere inboedelverzekeringen*, onderzoek in opdracht van het ministerie van Justitie, Universiteit van Utrecht/BOA, januari 2003.

Interdepartementale Stuurgroep Misbruik en Oneigenlijk Gebruik, *ISMO 1985*, Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-1985, 17.050, nr. 35.

Jesilow, P., G. Geis en J.C. Harris, "Doomed to repeat our errors: fraud in emerging health-care systems", in: *Social Justice*, 22 (1995), p. 125-138.

Lensvelt-Mulders, G.J.L.M., G.H.C. van Gils, P.G.M. van der Heijden, *Een overzicht van schattingsmethoden voor de omvang van fraude*, Universiteit van Utrecht, IOPS, 2000.

Offen, M.L., "Health Care Fraud", in: *Neurological Clinics*, 17 (1999), p. 321-333.

Rai, A.K., "Health care fraud and abuse: a tale of behavior induced by payment structure", in: *Journal of Legal Studies*, 30 (2001), p. 579-587.

Schreuders, A.H., *Fraudebeheersing in de verzekeringsbranche*. Een afstudeeronderzoek naar de rol van verzekeraars en Openbaar Ministerie in de strijd tegen verzekeringsfraude, Enschede: Universiteit Twente, februari 2003.

Verbond van Verzekeraars, *Vademecum Fraudebestrijding en Fraudeprotocol Verzekeringsbedrijf 2001*, 's-Gravenhage: Verbond van Verzekeraars, 2001.

Werkgroep misbruik secretariaat Ziekenfondsraad, *Misbruik door verzekerden in de ziekenfonds- en AWBZ-verzekering*, Amstelveen, 1998.

ZAO Zorgverzekeringen, *Rapport Onverzekerdenproblematiek in Amsterdam ten behoeve van de Ziekenfondsraad*, Amsterdam, juli 1994.

Zorgverzekeraars Nederland, *Reden tot zorg*. Fout- en fraudegevoeligheid bij zorgverzekeringen, onderzoek verricht door Compliance Methodology Consultants, Amsterdam, augustus 2001.

Bijlage: methoden voor het bepalen van fraudeomvang

Voor het bepalen van de omvang van fraude zijn verschillende soorten methoden beschikbaar (ISMO 1985, p. 15 en verder; Lensvelt-Mulders c.s. 2000):

1. expertonderzoek, waarbij deskundigen wordt gevraagd naar indrukken of schattingen van fraude. Dit soort onderzoek leidt doorgaans tot een grote variatie in uitkomsten en is -mits goed uitgevoerd- hooguit geschikt voor het verkennen van frauderisico's, op grond waarvan besloten kan worden tot nadere activiteiten;
2. persoonsgerichte methoden, dat wil zeggen onderzoek onder de doelgroepen waarin fraude wordt gepleegd. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van technieken die tegemoet komen aan de problemen die inherent zijn aan deze methoden (sociaal wenselijk antwoordgedrag, problemen met moeilijk toegankelijke niet-geregistreerde populaties);
3. systematische dossieranalyse en analyse van bestaande registraties. Nadeel is dat dit soort onderzoek zich beperkt tot 'bekende gevallen' en geen informatie oplevert over 'niet-bekende gevallen' van fraude ('dark number'-problematiek);
4. onderzoeksmethoden die gebruik maken van bestaande data waarbij met statistische methoden een schatting wordt gemaakt van de omvang van fraude. In dergelijk onderzoek wordt expliciet getracht het 'dark number' te schatten;
5. macro-economische methoden, waarbij via observatie van een of meer zichtbare variabele(n) een schatting wordt gemaakt van de niet-zichtbare variabele waar de belangstelling naar uitgaat (discrepantiemethoden en monetaire methoden).