



Nederlandse
Zorgautoriteit

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn
en Sport
Mevrouw drs. E.I. Schippers
Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door

Tel:foonnummer

E-mailadres

Kenmerk
0053453

Onderwerp

Onderzoek zorgfraude

Datum

12 september 2013

Mevrouw de Minister,

Conform de door u verstrekte opdracht is de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gestart met een onderzoek naar de omvang van de fraude in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ en een analyse van de mogelijke fraudegevoelige aspecten in het financieringssysteem, en de mogelijke reparaties daarvan.

1. Omvang fraude

De onderzoeksmethodiek waarvoor de NZa heeft gekozen en die hierna kort wordt geschetst, is mede gebaseerd op het advies en de inhoudelijke expertise van een aantal externen die de NZa speciaal voor dit onderzoek heeft benaderd.

Een drietal experts maakt deel uit van een speciaal voor dit onderzoek opgerichte klankbordgroep die bestaat uit de heer mr. A.W.H. Docters van Leeuwen, de heer prof. dr. P.G.M. van der Heijden en de heer prof. dr. mr. M. Pheijffer RA.

De NZa voert daartoe allereerst d.m.v. datamining een analyse uit op de declaratiebestanden teneinde onregelmatigheden daarin boven tafel te krijgen. Via moderne technieken worden opvallende afwijkingen in declaratiebestanden die mogelijk op niet-correcte declaraties wijzen, gedetecteerd. Deze opvallende onregelmatigheden zijn niet op voorhand aan te merken als niet-correct en zeker ook niet als fraude. In voorkomende gevallen kan er ook een goede verklaring zijn, reden waarom verdiepend onderzoek noodzakelijk is.

De NZa zal tijdens het onderzoek voorlopig de volgende definities hanteren:

Foutieve declaraties

Bij een foutieve declaratie wordt er gehandeld in strijd met de regelgeving. Bij foutief declareren is sprake van onrechtmatige feiten, die

ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen". Hierbij moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) verkregen voordeel;
- overtreden van declaratieregels.

Kenmerk
0053453

Pagina
2 van 3

Fraude

Als voorlopige definitie voor fraude sluiten we aan bij de definitie van de regiegroep 'verbetering van zorgfraudebestrijding' (VWS, 2012):

Van fraude in de zorg wordt gesproken, indien sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) verkregen voordeel;
- overtreden van declaratieregels;
- opzettelijk en misleidend handelen.

Een eerste proefanalyse van een sector is al uitgevoerd en laat zien dat via een dergelijke analyse inderdaad onregelmatigheden in declaraties boven tafel te halen zijn. Daarmee is uiteraard nog niet gezegd dat elke onregelmatigheid ook als foutieve declaratie of, sterker nog, fraude te bestempelen valt, maar het bestaan van onregelmatigheden is wel een indicatie van mogelijke fraude en van "lekken" in het systeem.

In overleg met experts, zoals bijvoorbeeld fraudecoördinatoren van zorgverzekeraars en forensische accountants en in combinatie met relevante uitkomsten van eigen onderzoek van de NZa en van zorgverzekeraars, zal bekeken worden in hoeverre de geconstateerde onregelmatigheden op een geaggregeerd niveau ook als ((sterk) vermoeden van) fraude te bestempelen zijn. Via deze benadering zal een inschatting van het fraudebedrag samenhangend met de onregelmatigheden gemaakt worden. Deze benadering houdt in dat het een schatting is met bijbehorende bandbreedte.

Deze aanpak heeft het voordeel dat op een snelle manier veel informatie vergaard kan worden zonder dat een tijdrovende zorgbrede steekproef, gevolgd door een diepgaande analyse en beoordeling van medische dossiers, noodzakelijk is. De NZa heeft overigens op grond van de Wmg ook niet de bevoegdheid medische dossiers in te zien in gevallen waarin er geen concrete aanwijzingen van onregelmatigheden bestaan en dit sluit de weg om de omvang van de fraude via een a-selecte steekproef te schatten uit.

2. Systeemanalyse

Tegelijkertijd voert de NZa een systeemanalyse uit teneinde de mogelijke fraudegevoelige plekken in zorgregelgeving in kaart te brengen. Fraudegevoelige elementen in het financieringssysteem worden dan per zorgmarkt in beeld gebracht. Daarbij zal uiteraard ook gebruik worden gemaakt van de input van verzekeraars, de verschillende opsporingsinstanties en binnengekomen signalen.

Dit zal resulteren in aanbevelingen tot wijziging van de regelgeving. Belangrijk thema daarbij zal ook zijn of in de huidige declaratieketen het zo veel mogelijk voorkomen en bestrijden van fraude in financiële zin voldoende aantrekkelijk is voor verzekeraars.

3. Tijdpad

Beide sporen zullen bij elkaar komen in een rapportage van de NZa. De geschetste, getrapte en gefaseerde aanpak is weliswaar snel, maar omdat het niet mogelijk is de declaratiegegevens van alle sectoren voor december 2013 beschikbaar en geanalyseerd te hebben, kunnen wij in december 2013 nog geen integrale eindrapportage uitbrengen. Naar verwachting zullen in december de data van vier sectoren geanalyseerd zijn. U ontvangt dan een eerste tussenrapportage, waarna 1 juli 2014 de eindrapportage volgt.

Kenmerk
0053453

Pagina
3 van 3

Deze doorlooptijd is noodzakelijk om de analyses per sector op zorgvuldige wijze uit te voeren en om de uitkomsten van de onregelmatigheidsanalyses op fraudeaspecten nader te beoordelen. De analyses zijn zeer sectorspecifiek, dienen voor een groot deel werkende weg ontwikkeld te worden en worden mede daarom voor een groot deel successievelijk uitgevoerd. Per sector dient te worden gerekend met een doorlooptijd voor de analyses van circa één maand, waarbij het in totaal om acht sectoren gaat. Specifiek geldt dan nog voor de sector medisch specialistische zorg dat de declaratiedata 2012 nog niet volledig beschikbaar zijn.

De beoordeling van de uitkomsten volgt logischerwijs pas daarna en vraagt in voorkomende gevallen om nader onderzoek ter plekke. Op basis van de ervaringen van de NZa op dit terrein dient hier met een doorlooptijd van enige maanden rekening te worden gehouden.

In de tussenrapportage die u in december 2013 ontvangt, zullen we rapporteren over de uitkomsten van de systeemanalyse, een overzicht van regelgeving en fraudegevoelige aspecten per zorgmarkt, de uitkomsten van de risicoanalyses en fraudebeheersing door zorgverzekeraars en over de voorlopige resultaten van de data-analyses in sectoren waarvan wel reeds declaratiegegevens geanalyseerd zijn.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
lid/plv.vz. Raad van Bestuur