

Conceptrapport
Risicoanalyse
Fraude in de Medisch Specialistische Zorg

Versie 27 november 2013

Inhoudsopgave

1. Inleiding
2. Procesbeschrijving
 - 2.1. Algemeen
 - 2.2. Overzichtskaarten Medisch Specialistische Zorg
 - 2.3. Risico's op fraude in de curatieve MSZ
 - 2.4. Verkenning risicogedragingen
3. Risico's op fraude in de MSZ
 - 3.1. Toetsen risicogedragingen en selecteren belangrijkste risico's
4. Verkenning risicogedragingen
 - 4.1. Niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringswet
 - 4.2. Het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling
5. Suggesties voor maatregelen

Bijlagen:

1. Overzichtskaarten MSZ
2. Overzicht geïnventariseerde risico's
3. Deelnemende organisaties

Ministerie van VWS

November 2013

1. Inleiding

Tijdens de behandeling van de begroting van het ministerie van VWS op 6 december 2012 heeft de minister van VWS aan de Tweede Kamer toegezegd een analyse uit te voeren naar de risico's op fraude in de Medisch Specialistische Zorg (MSZ) en in de Geestelijke Gezondheid Zorg (GGZ). Deze analyses, die waren opgenomen in de Beleidsagenda van de Taskforce Integriteit Zorgfraude, zijn onderdeel van een integraal pakket aan maatregelen ter voorkoming van fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg. Sinds december 2012 zijn er al diverse maatregelen genomen, zoals:

- het beschikbaar stellen van extra middelen voor de bestrijding van fraude (€ 5 miljoen in 2014 en € 10 miljoen vanaf 2015);
- het starten van een verkenning naar een opsporingsdienst voor de zorg;
- het traject "Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD)";
- de start van het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZB);
- de ontwikkeling van een fraudetoets voor nieuwe wet- en regelgeving;
- het onderzoek van de NZa naar de omvang van de fraude in de zorg en de witte vlekken in het systeem.

De uitkomsten van deze risicoanalyse worden beschikbaar gesteld aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ten behoeve van hun lopende onderzoek naar de omvang van fraude en witte vlekken in het systeem.

In het licht van alle ondernomen maatregelen is er voor gekozen om de risicoanalyse in te richten als een intensieve verkenning van het onderwerp 'onjuist declareren', waaronder 'fraude'. In verschillende verkenningssessies is met ervaringsdeskundigen afkomstig van toezicht- en opsporingsinstanties, individuele verzekeraars en zorgaanbieders gesproken over de oorzaken van onjuiste declaraties en op welke wijze het risico op een onjuiste declaratie verkleind kan worden. Hoewel het niet altijd om fraude gaat, stond het risico op fraude wel centraal in de besprekingen. Een aantal risico's is geselecteerd voor een nadere verkenning. Deze selectie heeft niet plaatsgevonden op basis van een maat en getal, maar op basis van ervaringen van de deelnemende experts. Het verkennen van de risicogedragingen en het benoemen van mogelijkheden om risico's op fraude te verminderen, moeten gezien worden als een eerste stap om meer inzicht te krijgen in het gedrag. Vandaar uit kan gericht worden ingezet op het voorkomen en aanpakken van fraude.

De rapportage van deze risicoanalyse is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 bevat een toelichting over het project. In hoofdstuk 3 en 4 worden de geselecteerde risicogedragingen nader verkend. Tot slot worden in hoofdstuk 5 suggesties gedaan voor maatregelen.

2. Procesbeschrijving

2.1 Algemeen

Voor de uitvoering van het project risicoanalyse MSZ is een projectgroep binnen het Ministerie van VWS samengesteld. Aan de bijeenkomsten van deze projectgroep heeft ook de NZa deelgenomen. De projectgroep heeft haar resultaten tussentijds gerapporteerd aan de beleidsgroep en aan het bestuurlijk overleg van de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ).

Het doel van de risicoanalyse is het vergroten van inzicht in de oorzaken die ten grondslag liggen aan de belangrijkste risicogedragingen binnen de MSZ op basis waarvan verbetermaatregelen voorgesteld kunnen worden. Van de afvang af heeft de projectgroep zich gericht op een breder scala van gedragingen dan uitsluitend fraude. In de praktijk blijkt niet altijd duidelijk onderscheid gemaakt te kunnen worden waar oneigenlijk gebruik ophoudt en fraude begint. Om deze reden is besloten om voor de risicoanalyse naar zowel fraude als oneigenlijk gebruik in de gehele keten te kijken.

Onder fraude wordt verstaan: bedrog of oplichting door het vervalsen van de administratie of het niet nakomen van de regels. Onder zorgfraude wordt verstaan: opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen¹, waarbij voldaan moet worden aan:

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

Voor oneigenlijk gebruik wordt de definitie van CTZ (2003) gehanteerd, namelijk: "Het handelen binnen wet- en regelgeving maar niet in lijn met de doelstelling van wet- en regelgeving (handelen naar de letter van de wet, maar niet naar de geest van de wet)."

De MSZ is een complex systeem en een vergelijkbare risicoanalyse is niet eerder uitgevoerd. Om een goede risicoanalyse te kunnen uitvoeren was het een eerste vereiste om de MSZ helder in kaart te brengen en om daarna inzichtelijk te krijgen waar zich aanrijpingspunten voor risicogedrag voordoen.

2.2. Overzichtskaarten Medisch Specialistische Zorg (MSZ)

Deze risicoanalyse voor de Medisch Specialistische Zorg blijft beperkt tot de curatieve zorg die de zorgverzekeraars vergoeden vanuit de Zorgverzekeringswet.

Om een beeld te geven volgen nu enkele cijfers van de medisch specialistische zorg (VWS begroting 2014: 166, 167). De Medisch Specialistische Zorg is bedoeld voor alle Nederlandse ingezetenen die te kampen hebben met een lichamelijk gezondheidsprobleem. De MSZ zorg is in 2012 in 82 algemene ziekenhuizen, 2 categorale ziekenhuizen en 8 UMC's, aangevuld met 282 Zelfstandige Behandel Centra geleverd. Het gaat zowel om gezonde mensen die voor een kleine ingreep een beroep doen op de MSZ, als om hele kwetsbare mensen die een beroep kunnen doen op deze zorg. Voor de instellingen die Medisch Specialistische zorg leveren is in 2012 circa 17 miljard beschikbaar (exclusief honoraria vrijgevestigde medisch specialisten).

¹ Definitie overgenomen uit: "Plan van aanpak 2010-2012 Verbetering fraudebestrijding in de zorg", p.4, van de Regiegroep 'Verbetering fraudebestrijding in de zorg' onder leiding van het Ministerie van VWS.

In 2011 waren er in de ziekenhuizen 1.234.820 dagopnames en 8.421.252 eerste poliklinische bezoeken. In de MSZ werkten in 2012, 21.750 geregistreerde medisch specialisten (exclusief artsen voor verstandelijk gehandicapten en ouderengeneeskunde).

De MSZ is een complex systeem met veel verschillende actoren en stromen. De Argumentenfabriek heeft opdracht gekregen de processen die zich voordoen in de curatieve MSZ schematisch in kaart te brengen. Dit hebben zij gedaan met input van MSZ experts van zowel binnen als buiten het ministerie van VWS.

De uitkomst hiervan is een stromenkaart die inzichtelijk maakt hoe de MSZ werkt en wie er wat doet.

De overzichtskaarten van de Argumentenfabriek geven inzicht in welke partijen waarvoor verantwoordelijk zijn en bieden ook hulp bij de analyse van risico's en op welk(e) terrein(en) maatregelen nodig zijn om de risico's in te perken.

Er worden 4 partijen onderscheiden:

- zorgaanbieders;
 - zorgverzekeraars;
 - burgers (zorgvragers en verzekerden)
 - rijksoverheid met toezichthouders en uitvoeringsorganen zoals IGZ, NZa, CVZ en ACM;
- Tussen deze partijen zijn - op de terreinen toegang, respectievelijk zorglevering, toezicht en financiering - de informatiestromen m.b.t. financiering en m.b.t. kwaliteit, en de zorgstromen en geldstromen in beeld gebracht.

In bijlage 1 zijn de overzichtskaarten opgenomen.

2.3. In beeld brengen van risicogedragingen

De projectgroep van het ministerie van VWS heeft, samen met het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV) risicogebieden voor fraude geïnventariseerd. Hierbij zijn de vier primaire processen binnen de MSZ (toegang, zorglevering, toezicht en financiering) als vertrekpunt genomen. De risicogebieden zijn vervolgens getoetst in een door het CCV begeleide bijeenkomst samen met de ketenpartners NZa, IGZ, CVZ, zorgverzekeraars, FIOD, Inspectie SZW en Politieacademie. Samen met de aanwezige vertegenwoordigers van deze ketenpartners is in deze bijeenkomst vastgesteld welke gedragingen met een risico op fraude in de praktijk het meeste risico opleveren voor de toegang, de kwaliteit, de kosten en het imago van de zorg. Hierbij is gebruik gemaakt van de methodiek van het Programmatisch Handhaven. Dit is een cyclische methode die ervan uitgaat dat goede handhaving planmatig in plaats van incident gestuurd verloopt. "Handhaving" wordt binnen de methodiek van Programmatisch Handhaven breed opgevat, namelijk alle overheidsactiviteiten die er voor zorgen dat burgers en ondernemingen zich beter aan de regels houden. Om te bepalen waar handhaving er het meest toe doet, wordt het aan de regels ten grondslag liggende beleid als ijkpunt gebruikt. Daar waar die beleidsdoelen het meest worden bedreigd, heeft handhaving het hoogste maatschappelijk rendement. Voor een nadere beschrijving van de methode verwijst ik u naar de website van het CCV, www.hetccv.nl.

2.4. Verkenning risicogedragingen

Op basis van de voorgaande stappen worden de drie grootste risico's vervolgens aan een nadere verkenning onderworpen. Dit onderzoek had de vorm van een doelgroepanalyse met behulp van de zogenaamde Tafel van elf. Dit onderdeel van de methode van Programmatisch handhaven onderscheidt en benoemt elf dimensies die bepalend zijn voor de naleving van regelgeving. Met behulp van de doelgroepanalyse wordt duidelijk

waarom de doelgroep regelgeving al dan niet naleeft. Dit inzicht biedt aanknopingspunten voor maatregelen en interventies die de naleving bevorderen en het meest effectief zijn. Ten behoeve van het nader onderzoeken van de risicogebieden heeft het ministerie van VWS twee Tafel van elf sessies met zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, NZa, FIOD, OM, IGZ en KPMG georganiseerd, onder begeleiding van het CCV.

3. Risico's op fraude in de MSZ

3.1. Toetsen risicogedragingen en selecteren belangrijkste risico's

De inventarisatie van de VWS-projectgroep leverde risicogebieden op. Deze geïnventariseerde risicogebieden zijn in de bijeenkomst op 15 juli 2013, met de ketenpartners op het gebied van controle en toezicht, aan de hand van praktijkvoorbeelden omgevormd tot 14 gedragingen die een risico op fraude of oneigenlijk gebruik betekenen (een overzicht met alle 14 risicogedragingen is toegevoegd als bijlage 2).

In deze eerste fase van de onderzoeksmethode – de risicoanalyse – stond het naleefgedrag centraal. Gekeken werd naar de context waarbinnen het gedrag mogelijk is (toegang tot de zorg, zorglevering, toezicht en financiering), naar het gedrag zelf en naar de maatschappelijke risico's als gevolg van het gedrag.

Uit deze exercitie kwamen concrete gedragingen naar voren die in de praktijk regelmatig worden waargenomen. Voorbeelden zijn: niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringswet brengen, niet verrichte zorgactiviteiten vastleggen en het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling.

Vervolgens zijn alle 14 gedragingen beoordeeld op hun verwachte risico op fraude of oneigenlijk gebruik in de praktijk. Dit risico wordt op een schaal van 1 tot 5 gemeten door de kans (de frequentie dat het gedrag zich voordoet) te vermenigvuldigen met het effect dat het heeft op de toegang tot zorg, de kwaliteit van zorg, de maatschappelijke kosten, de individuele kosten en het bestuurlijk imago.

Deze beoordeling leverde een volgorde op van de 14 risicogedragingen en heeft inzicht gegeven in de operationele haalbaarheid van de gedragingen. Dit heeft inzicht gegeven in welke risico's bij voorkeur moeten worden aangepakt. We spreken hierbij nog steeds over risicogedrag omdat niet altijd duidelijk is of er sprake is van bewust handelen. Er kan ook sprake zijn van onwetendheid, onduidelijkheid of incidenten.

De 2 belangrijkste risico's liggen volgens de ketenpartners in de volgende gedragingen:

De verkenning van risico's in de medisch specialistische zorg heeft er toe geleid dat de volgende twee risico's verder zijn uitgediept.

1. Niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringswet;
2. Het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling.

Deze twee risico's worden in het volgende hoofdstuk nader toegelicht

4. Verkenning risicogedragingen

In twee bijeenkomsten onder begeleiding van het CCV werden de belangrijkste risicogedragingen verkend. De eerste bijeenkomst richtte zich op het gedrag: *Niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringswet*. De tweede bijeenkomst richtte zich op: *Het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling*. In beide sessies zijn met de deelnemers de volgende dimensies besproken:

1. Kennis van de regelgeving;
2. Kosten/baten van de overtreding;
3. Mate van acceptatie;
4. Normgetrouwheid;
5. Niet overheidscontrole (controle door een andere partij dan de overheid);
6. Informele meldingskans;
7. Controlekans;
8. Detectiekans;
9. Selectiviteit;
10. Sanctiekans;
11. Sanctie ernst.

Hieronder wordt eerst het risicogedrag en de doelgroep nader ingekaderd, vervolgens worden de resultaten van de verkenning op de 11 dimensies weergegeven en ten slotte geven we een toelichting op de waarden uit de verkenning.

4.1. *Niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringswet*

Inkadering

Voorbeelden van niet verzekerde zorg declareren ten laste van de zorgverzekeringswet zijn:

- Het declareren van een oogcorrectie onder het mom corrigeren van een gezichtsbeperking;
- Het declareren van het verwijderen van spataderen onder vermelding van de medische indicatie vochtophoping (oedeem) terwijl het een cosmetische ingreep betreft;
- Het declareren van een ingreep voor gehoorbeschadiging terwijl het daadwerkelijk cosmetisch behandelen van flaporen betreft.

De wet die ten grondslag ligt aan de (collectieve) financiering van de zorg is de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het besluit zorgverzekering van de Zvw noemt vijf criteria waar collectief verzekerde zorg aan moet voldoen. Eén criterium is dat alleen zorg die binnen het pakket valt gedeclareerd mag worden ten laste van de basisverzekering.

De kernbepaling die werd onderzocht beschrijft het doelgedrag. In dit geval is dat: gij zult geen: niet verzekerde zorg ten laste van de Zorgverzekeringswet brengen.

De *doelgroep* betreft medisch specialisten.

Verkenning:

Aan de hand van de bovenstaande elf dimensies is met de deelnemende experts gekeken naar de overtredingbevorderende en nalevingbevorderende factoren op het genoemde gedrag, welke door de deelnemende experts aan de sessie voor de doelgroep medisch specialisten zijn geschat. De deelnemende experts aan de sessie is gevraagd om in de huid te kruipen van deze doelgroep.

De organisaties die een of enkele deelnemende experts hebben geleverd ten behoeve van de eerste en tweede sessie zijn te vinden in bijlage 3. De deelnemende experts menen dat de doelgroep beperkt bekend is met de bepaling in de Zorgverzekeringswet. De deelnemende experts schatten in dat de doelgroep bekend is met het feit dat er een onderscheid is tussen collectief verzekerde en niet collectief verzekerde zorg. Verder schatten zij in dat bij de doelgroep onbekend is met hoe die verdeling er per specialisme uitziet. Daarom wordt de duidelijkheid van de bepaling laag geschat door de hen. Geschat wordt dat de kosten van naleving, in termen van tijd, geld en moeite, door de doelgroep als hoog worden beleefd en de opbrengsten worden ook hoog geschat door de deelnemende experts aan deze sessie, echter wegen de kosten van het naleven van de regels niet op tegen de baten. De opbrengst van het overtreden van de bepaling is ook hoog geschat en het niet naleven brengt lage kosten met zich mee. Men schat in dat de doelgroep niet erg bevreesd is dat het overtreden van de bepaling hen reputatieschade oplevert. Ook denkt men dat de doelgroep het op zich eens is met het beleidsdoel (het hebben van niet verzekerde volgens de Zorgverzekeringswet omdat de middelen voor de zorg schaars zijn) dat met de bepaling wordt nagestreefd, de beleving is dat de uitwerking van het beleid bij sommige specialismen onevenredig uitpakt. In het algemeen vermoedt men dat de doelgroep niet erg geneigd is om zich, wat dit risicovolle gedrag betreft, te richten naar overheidsbeleid. Ook denkt men dat er geen normerend of corrigerend gedrag is binnen de doelgroep en dat er volgens de deelnemende experts nauwelijks druk vanuit de sociale omgeving op de behandelaar is als het gaat om declaratiegedrag. De deelnemende experts schatten in dat de doelgroep horizontaal toezicht door andere organen dan de overheid afwezig acht. Waarbij opgemerkt moet worden dat de deelnemers inschatten dat de doelgroep zorgverzekeraars ziet als toezichthouder namens de overheid.

De deelnemende experts schatten in dat de doelgroep de kans klein acht dat een overtreding bekend wordt anders dan door overheidscontrole, bijvoorbeeld door een melding van een cliënt. Daarentegen schatten de deelnemende experts dat de doelgroep de kans dat de overheid/zorgverzekeraar hun administratie controleert op naleving van de bepaling waarschijnlijk zeer hoog in. Maar daar staat tegenover dat deelnemende experts inschatten dat de doelgroep de kans dat er ook een materiële controle wordt uitgevoerd betrekkelijk laag acht. Ook denkt men dat de doelgroep de kans dat de overheid/zorgverzekeraar een gepleegde overtreding via een formele controle ontdekt laag inschat en via een materiële controle iets hoger. De kans op een sanctie nadat een overtreding is ontdekt wordt laag ingeschat. Hierbij moet opgemerkt worden dat het terugbetalen van teveel gedeclareerde en ontvangen zorgmiddelen door de doelgroep waarschijnlijk niet als sanctie wordt ervaren. De ernst van andere sancties (bijvoorbeeld het beëindigen van het contract) waarvan de beleving is dat deze niet vaak worden opgelegd, wordt als hoog ingeschat door de deelnemende experts.

Toelichting:

In de toelichting wordt een nadere beschouwing gegeven van de deelnemende experts aan de sessie. In deze toelichting worden de belangrijkste punten uitgebreider toegelicht.

De inschatting is dat medisch specialisten niet erg bekend zijn met de wet- en regelgeving en vinden deze vaak onduidelijk. Dat betekent overigens niet per se dat zij daardoor vaak niet verzekerde zorg ten laste van de zorgverzekeringswet brengen. De richtlijnen van het vakgebied kennen de doelgroep volgens de deelnemende experts van de bijeenkomst veel beter. Deze richtlijnen stroken vaak met datgene wat verzekerde zorg is, maar er zijn uitzonderingssituaties.

Een andere constatering is dat in sommige gevallen, zo geven de deelnemende experts aan, de doelgroep het niet eens is met hoe het beleid voor hen uitpakt, een voorbeeld als plastische chirurgie is hierbij genoemd. Daarnaast kan de doelgroep belang hebben bij het overtreden van de regel: ze krijgen meer tevreden patiënten en mogelijk meer inkomsten voor henzelf of de instelling.

Wat volgens de deelnemende experts voor de medisch specialist vooral centraal staat is de patiënt van zo goed mogelijke zorg voorzien. Gezien zijn professie is de beleving dat hij weet wat goede zorg voor een patiënt is en welke zorg de patiënt nodig heeft. In die gevallen waar dit niet strookt met verzekerde zorg, staat de wet en regelgeving haaks op het professionele oordeel en de professionele autonomie van de specialist. In deze gevallen is de doelgroep dan ook in mindere mate bereid om datgene te doen wat de overheid vraagt, zo geven de deelnemende experts als mogelijke verklaring.

Verder komt in de discussie tussen de deelnemende experts aan de sessie naar voren dat de mogelijke constatering van een overtreding relatief laag wordt ingeschat. De verklaring die hiervoor door de deelnemers wordt gegeven is dat een overtreding in de meeste gevallen alleen door de zorgverzekeraar of de toezichthouder via een materiële controle vastgesteld kan worden. Een zorgverzekeraar moet een aanleiding hebben om een materiële controle te mogen doen, dit moet goed worden onderbouwd en is vaak niet eenvoudig. Deze aanleiding kan bijvoorbeeld gevonden worden in uitschieters in de datamining, meldingen van patiënten, collega's of de toezichthouder.

In het geval er een overtreding geconstateerd wordt en er een sanctie plaatsvindt wordt deze in de meeste gevallen als laag beleefd. In de meeste gevallen zo geven de deelnemende experts aan is de sanctie die opgelegd wordt het terugbetalen van het teveel ontvangen bedrag. Sommige verzekeraars extrapoleren dit waardoor het sanctiebedrag iets hoger wordt. Andere sancties die verzekeraars kunnen ondernemen is het opzeggen van (delen van) het contract met de zorgaanbieder, dit wordt als een zware sanctie ervaren. Indien de NZa een overtreding constateert, is de sanctie die zij kan opleggen ook hoog, namelijk € 500.000, - of 10% van de omzet van de instelling. De casus waar een ziekenhuis een boete opgelegd heeft gekregen van € 500.000 heeft in het veld veel indruk gemaakt.

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op maatregelen die dit risicogedrag kunnen voorkomen dan wel bestrijden. Hier heeft tijdens de sessie een brainstorm over plaatsgevonden.

4.2. Het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling

Inkadering

Twee voorbeelden van het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling is, zijn de volgende:

Voorbeeld 1:

De patiënt is doorverwezen door de huisarts naar een poortspecialisme. De specialist ziet hem maar constateert dat de patiënt moet worden doorverwezen naar een ander poortspecialisme. Volgens de regel van de NZa zou het consult van het doorverwijzende poortspecialisme opgenomen moeten worden in de DBC van de poortspecialist die diagnose, behandeling en nazorgtraject uitvoert. In dit geval wordt één DBC gedeclareerd.

Als de regel van de NZa niet wordt nageleefd, dan wordt het consult van het doorverwijzende poortspecialisme gedeclareerd als een conservatief DBC en de poortspecialist die diagnose, behandeling en nazorgtraject uitvoert opent ook een eigen DBC. In dit geval worden twee DBC's gedeclareerd, één conservatief DBC voor de diagnose en één DBC.

Voorbeeld 2:

De NZa heeft in haar verboden-toegestaan lijst de volgende passages opgenomen:

"Het openen van meer DBC-zorgproducten door verschillende specialismen is alleen toegestaan als een patiënt meerdere zorgvragen heeft, en hiervoor bij de verschillende specialismen in behandeling is.

Voorbeeld correct declareren:

Patiënt is in behandeling bij de dermatoloog voor eczeem en loopt daarnaast bij de cardioloog voor een hartafwijking. In dit voorbeeld registreren zowel de cardioloog als de dermatoloog een eigen DBC-zorgproduct.

Voorbeeld niet-correct declareren:

Patiënt heeft voor een polsfractuur een polikliniekbezoek gehad bij een chirurg, en is hierna voor deze aandoening gezien en behandeld door de orthopeed. In dit voorbeeld mogen de chirurg en de orthopeed niet ieder een eigen DBC-zorgproduct declareren. Er mag maar één DBC-zorgproduct voor deze zorgvraag worden vastgelegd."

De wet die ten grondslag ligt aan de (collectieve) financiering van de zorg is de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het Besluit zorgverzekering van de Zvw noemt 5 criteria waar collectief verzekerde zorg aan moet voldoen.

De kernbepaling die is onderzocht beschrijft het doelgedrag. In dit geval is dat: gij zult niet onnodig meerdere DBC's voor één zorgvraag openen.

De *doelgroep* betreft Medisch specialisten.

Verkenning:

Ook hier is aan de hand van de bovenstaande elf dimensies met de deelnemers gekeken naar de overtredingbevorderende en nalevingbevorderende factoren op het genoemd gedrag, welke door de deelnemende experts aan de sessie voor de doelgroep medisch specialisten zijn geschat. De deelnemende experts aan de sessie is gevraagd om in de huid te kruipen van deze doelgroep.

De organisaties die een of enkele deelnemende experts hebben geleverd ten behoeve van de eerste en tweede sessie zijn te vinden in bijlage 3.

De deelnemende experts menen dat de doelgroep over het algemeen bekend is met de bepaling. De duidelijkheid van de bepaling (meerdere DBC openen in welke situaties) schatten de deelnemende experts laag in, de doelgroep begrijpt de regel wel, maar vindt hem onduidelijk. De kosten van naleving, in termen van tijd, geld en moeite, wordt door de deelnemende experts voor de doelgroep als hoog en de opbrengsten als laag geschat. Het kost tijd en geld om correcte declaraties uit te sturen, in gevallen van het onrecht openen van meerdere DBC's vergt dit extra inspanningen van de administratieve afdelingen van zorgaanbieders en de medisch specialist om daar waar nodig gegevens te corrigeren. De opbrengst van het overtreeden van de bepaling worden door de deelnemende experts voor de doelgroep laag geschat, het kan wat opleveren om de regel te overtreden maar dit moet niet overschat worden. Het niet naleven brengt lage kosten met zich mee, zo schat men in.

Door de deelnemende experts wordt ingeschat dat de doelgroep niet erg bevreesd is dat overtreden van de bepaling hen reputatieschade oplevert, wel vinden zij belangrijk dat het diagnostisch traject juist op papier komt. De doelgroep vindt, zo denkt men, het beleidsdoel achter de bepaling redelijk maar vindt dat het beleid voor hen zeer negatief uitpakt. Met betrekking tot het vraagstuk van het wel of niet openen van meerdere DBC's is de doelgroep, volgens de deelnemende experts, redelijk geneigd om zich te richten naar overheidsbeleid en er wordt geen conflicterend gezag door de doelgroep ervaren. Ook is de schatting van de deelnemende experts dat er weinig druk vanuit de sociale omgeving op de behandelaar op declaratiegedrag wordt ervaren. Horizontaal toezicht door andere organen dan de overheid acht de doelgroep afwezig, zo denkt men. Zorgverzekeraars worden, zoals eerder gezegd, door de doelgroep beleefd als toezichthouder namens de overheid.

Net zoals bij de andere onderzochte gedraging, schatten de deelnemende experts aan de sessie in dat de doelgroep de kans klein acht dat een overtreding bekend wordt anders dan door overheidscontrole; bijvoorbeeld door een melding van een cliënt. De kans dat de overheid/zorgverzekeraar hun administratie controleert op naleving van de bepaling schatten zij voor de doelgroep zeer hoog in. De kans dat er ook een materiële controle wordt uitgevoerd wordt betrekkelijk laag door hen geschat. De kans dat de overheid/zorgverzekeraar een gepleegde overtreding via een formele controle ontdekt wordt door de deelnemende experts hoog ingeschat en via een materiële controle even hoog. De kans op een sanctie nadat een overtreding is ontdekt wordt door de deelnemende experts laag geschat. Hierbij moet opgemerkt worden dat het terug betalen van het teveel gedeclareerde als lichte sanctie wordt ervaren. De ernst van andere sancties (bijvoorbeeld het beëindigen van het contract) waarvan de beleving is dat deze niet vaak worden opgelegd, wordt door de deelnemende experts als hoog geschat.

Toelichting

In de toelichting wordt een nadere beschouwing gegeven van de deelnemers aan de sessie. In deze toelichting worden de belangrijkste punten uitgebreider toegelicht.

Door de deelnemende experts aan deze sessie wordt ingeschat dat medisch specialisten bekend zijn met de bepaling maar deze wordt niet altijd als duidelijk ervaren. Door de ervaren onduidelijkheid van de regelgeving zouden op dit terrein fouten gemaakt kunnen worden.

Daarnaast wordt de acceptatie van de uitwerking van het beleid door de doelgroep ook laag ingeschat door de deelnemende experts. Dit wordt met het volgende voorbeeld verduidelijkt. De voornaamste reden hiervoor lijkt dat de doelgroepervaart dat de bekostiging niet altijd goed aansluit op de medische praktijk. Oftewel medisch specialisten vinden het lastig dat de medische werkelijkheid, datgene wat zij verrichten, in die gevallen niet overeenkomen met de wijze waarop dat moet worden geregistreerd en gedeclareerd.

In de discussie tussen de deelnemende experts wordt dus duidelijk dat medisch specialisten in hun declaraties graag terug zien wat zij aan zorg geleverd hebben. Doordat het eerste consult, volgens de regel in de meeste gevallen, opgenomen dient te worden bij een DBC van een andere specialist die het hele traject uitvoert, is dit niet het geval. Dit wordt door de doelgroep ervaren als een belemmering, zo schatten de deelnemende experts aan de sessie in.

Verder geven de deelnemende experts aan dat indien de regels duidelijk zijn, de kans dat een overtreding ontdekt wordt, groot is. Daar waar interpretatieverschillen zijn of fouten gemaakt worden in het grijze gebied ligt dit anders.

Daarom zou het verstandig zijn om meer voorlichting te geven over hoe en waarom de regels zo zijn als dat ze zijn en op die punten waar de regel onduidelijk is, deze nader te verduidelijken. Het zou wijs zijn om het veld hierbij te consulteren, en hen te vragen wat als onduidelijk wordt ervaren. De voorlichting kan dan gericht op de onduidelijkheden. Daarnaast kan er naar die onderdelen van de wet die als onduidelijk worden ervaren gekeken worden.

5. Suggesties voor maatregelen

In de twee bijeenkomsten waarin de belangrijkste risicogedragingen zijn geanalyseerd, zijn ook reeds genomen of voorgenomen maatregelen beoordeeld op hun verwachte effectiviteit bij het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik in de curatieve geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn er ook nieuwe interventiemogelijkheden geïnventariseerd.

De besproken maatregelen hebben zowel betrekking op de formele werking van het zorgstelsel (wet- en regelgeving, bekostiging, pakketomschrijving), als de praktische invulling (informatie, voorlichting, scholing, gedragsbeïnvloeding, protocollering) en versterken van toezicht en handhaving (samenwerking, pakkans en sanctiebeleid).

Hierbij bleek dat een aantal reeds genomen of voorgenomen maatregelen, ook al hebben ze vaak niet eens het oogmerk om fraude tegen te gaan, al een bijdrage leveren om de impact van de twee onderzochte risicogedragingen te beperken. Waarschijnlijk helpen ze zelfs ook tegen de niet onderzochte gedragingen. Ook eventuele nieuwe interventiemogelijkheden die werden besproken hadden over het algemeen een brede toepassing. Maatregelen die specifiek werkten tegen of het declareren van niet-verzekerde zorg ten laste van de ZVW, of tegen het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialisten, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling, werden niet gevonden.

De verdiepende verkenning van de twee risico's heeft geresulteerd in een aantal die richting geven aan de te nemen maatregelen, dan wel lopende maatregelen onderstrepen. Deze thema's geven ook richting aan het tegengaan van ongewenst gedrag, waaronder fraude, in den brede. Hieronder volgt een toelichting van de besproken thema's.

Thema 1: cultuur

Een van de aandachtspunten bij het tegengaan van frauderen, maar ook andere vormen van onjuist declareren, is de cultuur en de individuele houding van zorgprofessionals rond (correct) declareren. Fraude komt overal voor en is nooit volledig uit te bannen. Dat neemt niet weg dat integer declareren zoveel mogelijk als een vanzelfsprekendheid moet gelden. Dit begint al in de opleiding. Door tijdens de opleiding aandacht te besteden aan wet- en regelgeving wordt de basis gelegd voor integer declareren. Ook daarna moet doorlopend aandacht worden besteed aan correct declareren (bijvoorbeeld via voorlichting d.m.v. nieuwsbrieven, bijeenkomsten en congressen) om de bewustwording ten aanzien van correct declaratiegedrag te bevorderen.

Thema 2: regelgeving

De regelgeving rond het registreren en declareren van DBC-zorgproducten is een veel genoemd thema. Er is een spanning geconstateerd tussen enerzijds duidelijke regelgeving en anderzijds (medische) interpretatieruimte voor de arts, die nooit helemaal opgelost kan worden. Dat neemt niet weg dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) continu samen met het veld bekijkt waar regelgeving beter kan. De verkenning van de risico's op onjuiste declaraties heeft er toe geleid dat de komende tijd specifieke onderdelen van de regelgeving nader worden bekeken. Dit kan resulteren in aanpassingen van de regelgeving, maar ook betere uitleg bij bestaande regelgeving. Zo

heeft de NZa recent een verboden- toegestaan lijst ter verduidelijking van definities gepubliceerd. Het onderwerp paralleliteit wordt aan deze lijst toegevoegd.

Voorop staat dat in elk bekostigingssysteem fraude of oneigenlijk gebruik mogelijk is. Oneigenlijk gebruik met de DOT-systematiek is echter moeilijker dan in de oude DBC-systematiek en vereist meer bewuste handelingen. In de DOT-systematiek wordt het DBC-zorgproduct achteraf bepaald door een landelijk uniform afleidingssysteem (grouper) op basis van de aangeleverde diagnose en zorgactiviteiten. Om te frauderen zal een medisch specialist bewust zorgactiviteiten moeten registreren die niet hebben plaatsgevonden en afleiden naar een duurder DBC-zorgproduct. Vanzelfsprekend resteren er binnen DOT, ondanks de reeds doorgevoerde verbeteringen, nog risico's ten aanzien van onbedoelde prikkels die aanzetten tot onjuist declareren, waaronder fraude. Daarom is blijvende oplettendheid (in elke bekostigingssysteem) nodig. In de doorontwikkelagenda DOT heeft de NZa aangekondigd een inventarisatie uit te voeren van onbedoelde prikkels. Op basis van deze inventarisatie zal de NZa nagaan of er aanpassingen in de productstructuur en/of aanscherping in de regelgeving nodig zijn.

Ook een goede en eenduidige voorlichting over de juiste interpretatie van de (gewijzigde) wet- en regelgeving richting de professional is hierbij genoemd als belangrijk aandachtspunt.

Thema 3: verzekerde zorg

Net zoals het duidelijk moet zijn welke regels er gelden voor het registreren en declareren van DBC-zorgproducten, moet het ook duidelijk zijn welke zorg binnen en buiten het basispakket valt. Tijdens de verkenning van risico 1 (niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringswet) is het advies gegeven om na te gaan in hoeverre hier onduidelijkheid over bestaat. Samen met het College voor Zorgverzekeringen zal worden bekeken op welke onderdelen onduidelijkheid bestaat over het basispakket en op welke wijze de gewenste duidelijkheid verschaft kan worden. Ook bij dit thema is een goede (publieke) communicatie zowel richting verzekerden als de professionals van belang.

Thema 4: richtlijnen

Naast de vele regels bestaan er ook vele richtlijnen. De deelnemende experts zouden graag zien dat de richtlijnen beter aansluiten op de beleidsregels van de NZa en de omvang van het verzekerde pakket. De uitgebreidheid en de uitzonderingen van alle regels maakt dit gecompliceerd. Ook zou het goed zijn om meer in te gaan op de effectiviteit en de kosten van zorg. Op deze wijze dragen richtlijnen bij aan gewenst declaratiegedrag.

Thema 5: administratieve organisatie

Een thema dat vooral gericht is op het terugdringen van onjuiste declaraties als gevolg van fouten is de kwaliteit van het administratieve proces binnen een instelling. Een goed en transparant administratief proces draagt ook bij aan het tegengaan van fraude, als gevolg van de betere controlemogelijkheden. Dit geldt zowel voor de interne als externe controles (door de accountant). De deelnemende experts zijn het erover eens dat de verschillende registraties (bekostiging en medisch inhoudelijk) beter op elkaar aan zouden moeten sluiten. Een belangrijke ontwikkeling op dit gebied is het initiatief van het veld om te komen tot een 'eenmalige registratie aan de bron voor meerdere doeleinden'.

Het doel is om de medische registratie meer te laten aansluiten op de andere typen registratie, zoals de registratie en declaratie van DBC-zorgproducten. Een bijkomend voordeel van dit traject is de verlichting van de administratieve lasten. Uitgevoerde en lopende beleidsmaatregelen, zoals de invoering van het DOT-systeem in 2012 en de ICD-10 in 2016, zijn hierbij van belang.

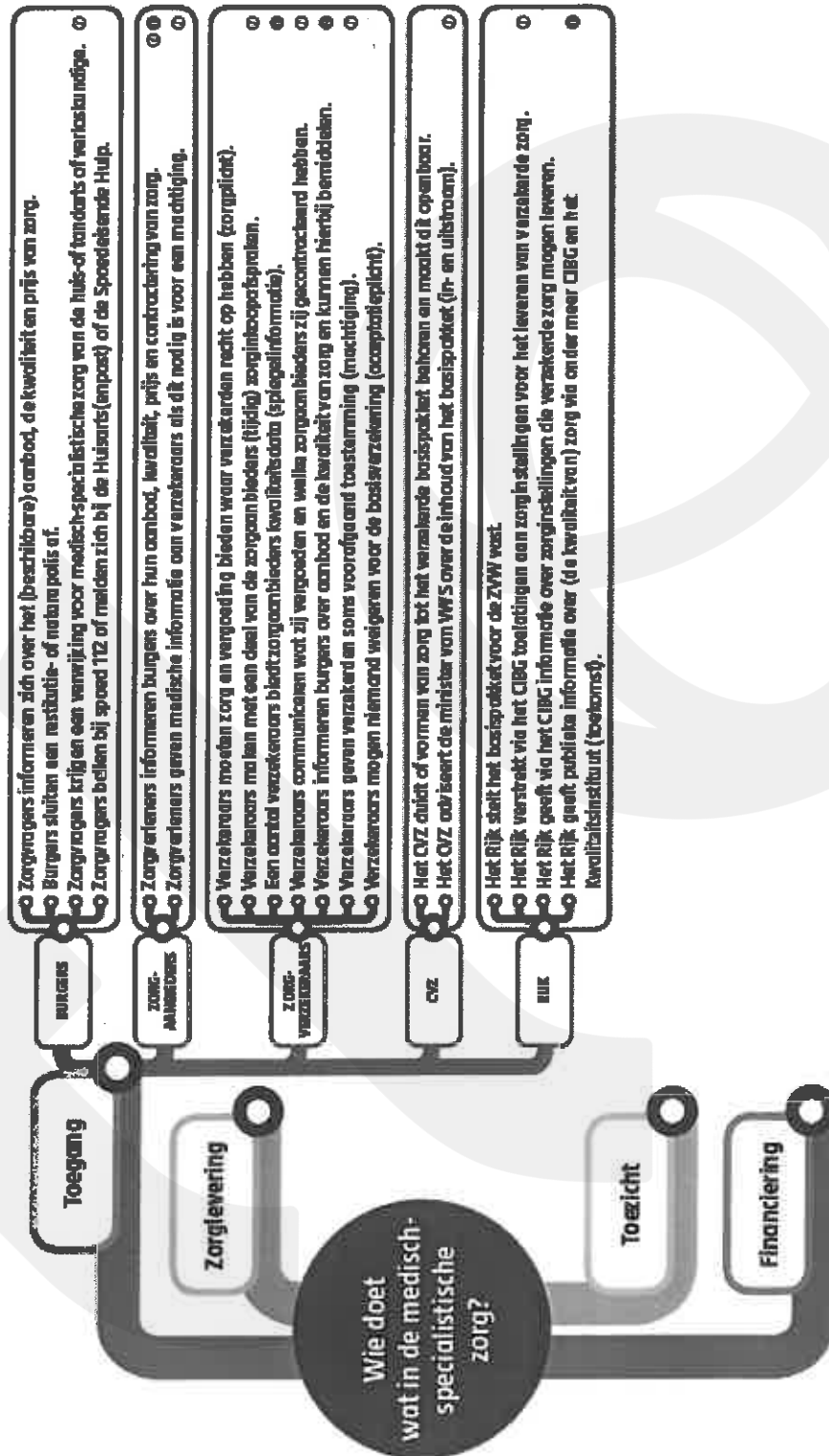
Thema 6: de inzet van verzekerden bij het controleren van declaraties

In de verkenning van de risico's en de te nemen maatregelen is vaak de rol van de patiënt genoemd. Uiteraard blijven de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar primair verantwoordelijk voor respectievelijk het indienen van juiste declaraties en de controle hierop. De patiënt kan daar aan bijdragen met een signaleringsfunctie. Om de patiënt hier toe in staat te stellen zijn in de Kamerbrief kostenbewustzijn van 25 oktober 2013 maatregelen aangekondigd, zoals het inzichtelijker maken van de zorgnota, betere informatie over de kosten van zorg en waar mogelijk betere afhandeling van vragen en klachten over onjuiste declaraties. Partijen steunen deze maatregelen en zien de meerwaarde als positief. Het belonen van patiënten die onjuistheden in declaraties melden is genoemd, maar tegelijk worden hierbij ook nadelen gezien. Zo is het risico op vals-positieve meldingen genoemd. De meerwaarde van deze maatregel vraagt daarom om zorgvuldige afweging van voor- en nadelen.

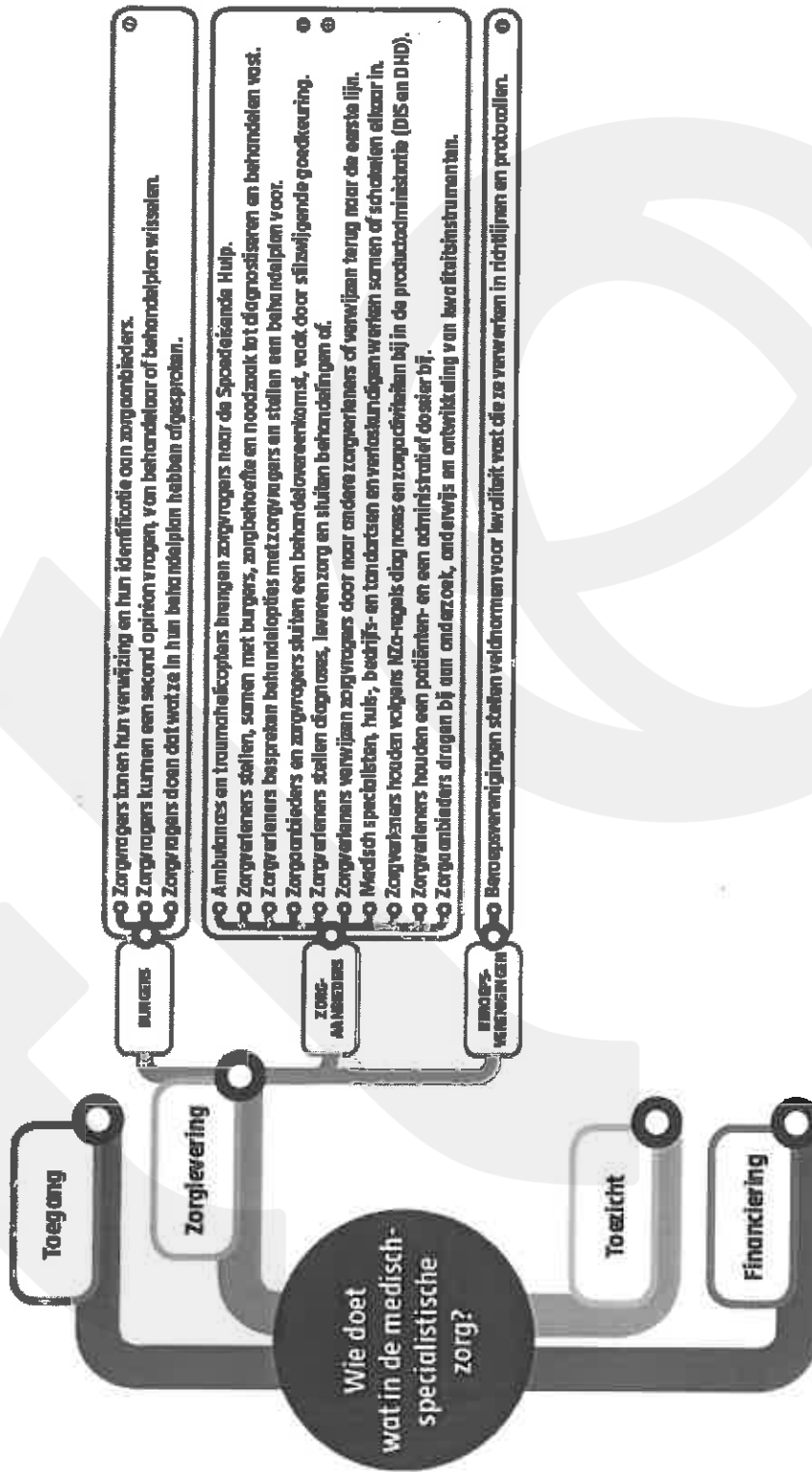
Thema 7: Toezicht

Het instrument 'sancties' als onderdeel van het toezicht is ook door de ervaringsdeskundigen genoemd als belangrijk onderdeel van het pakket met te nemen maatregelen. Een hoge sanctiedruk in geval van onjuist declareren (waaronder fraude), verkleint de kans op herhaling. Naast de sancties van toezichthoudende instanties, zoals de NZa, hebben ook verzekeraars en zorgaanbieders wederzijds de wettelijke ruimte om in contracten "sancties" af te spreken bij het niet nakomen van afspraken. In het programma Zinnige Zorg, Zuivere Rekening van Zorgverzekeraars Nederland wordt bekeken op welke wijze deze ruimte verder kan worden uitgewerkt.

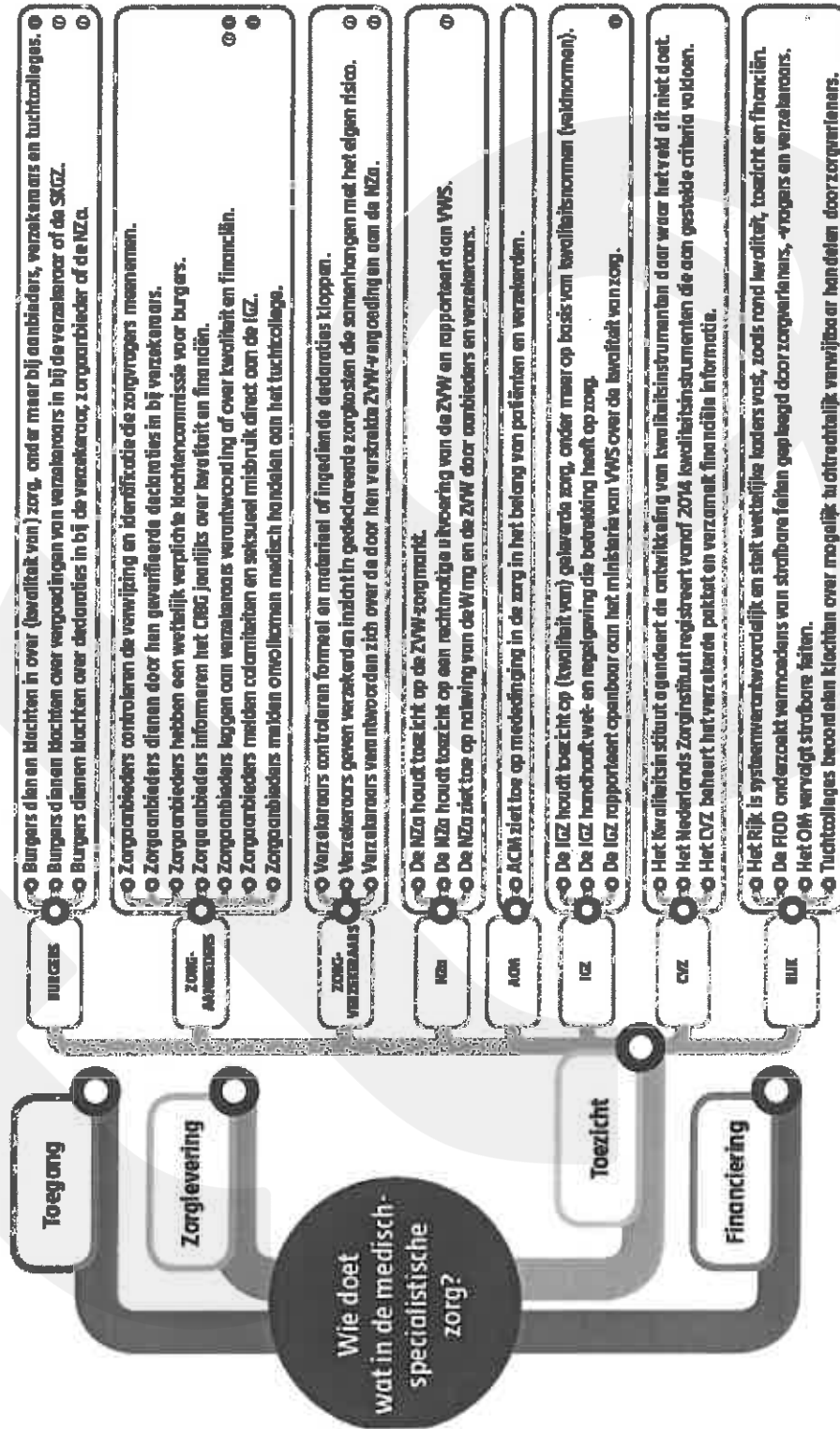
Wie doet wat in de medisch-specialistische zorg?



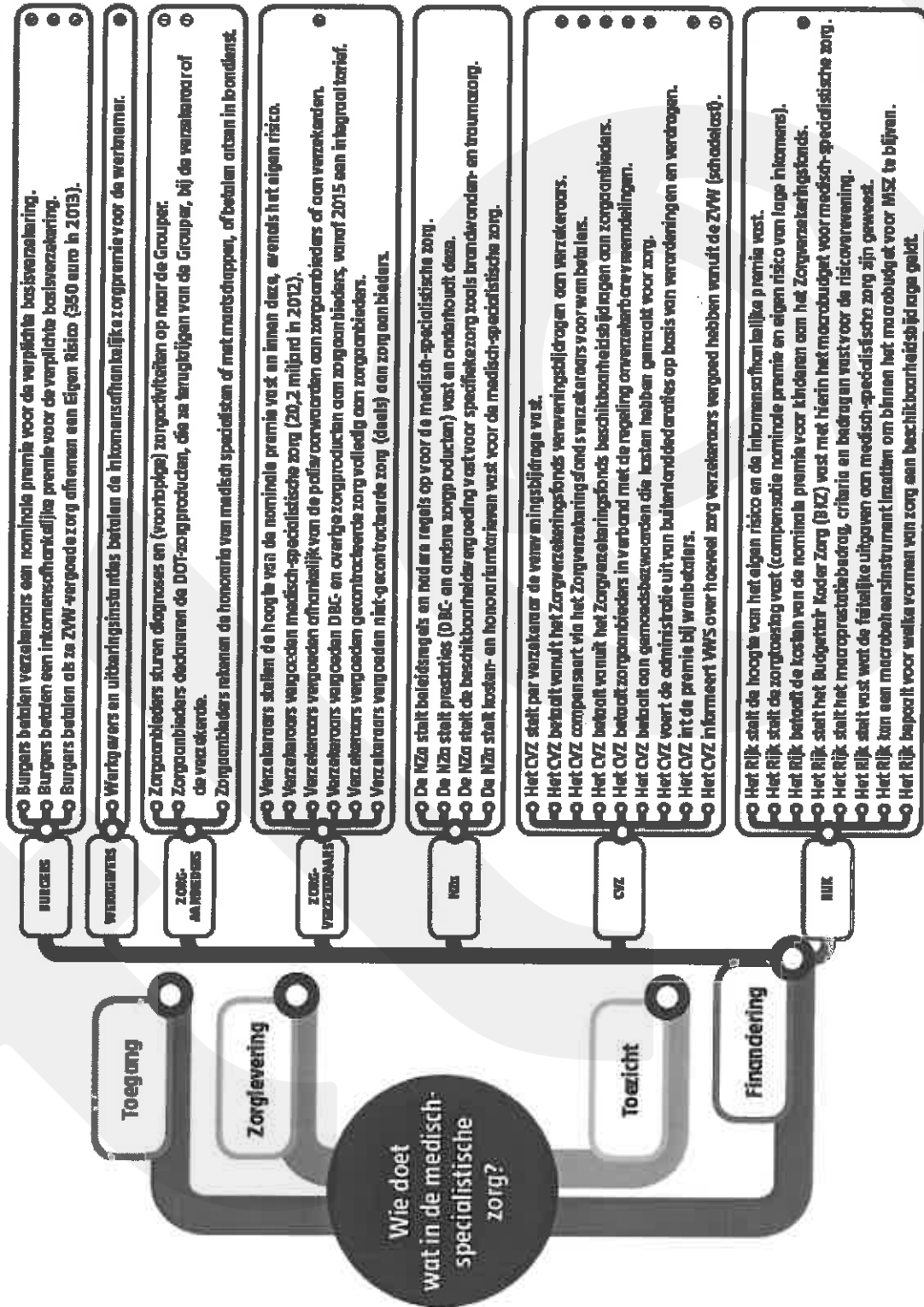
Wie doet wat in de medisch-specialistische zorg?



Wie doet wat in de medisch-specialistische zorg?



Wie doet wat in de medisch-specialistische zorg?



Bijlage 2 Overzicht risicogedragingen (curatieve) GGZ

| | Gedrag | activiteit |
|----|--|--|
| 1 | Niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringswet | Gedrag geanalyseerd |
| 2 | Het openen van meerdere DBC's voor een zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling | Gedrag geanalyseerd |
| 3 | Zorgactiviteiten die niet conform de stand van de wetenschap en praktijk en niet redelijkerwijs aangewezen zijn | Niet direct als fraudegedrag te betitelen, maatregelen op dit punt zijn anders van aard. |
| 4 | Het ongewenst wijzigen van setting, zodat een duurdere behandeling kan worden gedeclareerd | Dit betreft ongewenst gedrag, maatregelen op dit punt zijn anders van aard. |
| 5 | Sturen op grenzen van prestaties | Dit betreft ongewenst gedrag, maatregelen op dit punt zijn anders van aard. |
| 6 | Dubbele declaraties (onder andere U-bocht) | Ten tijde van de risicoanalyse al veel aandacht voor dit onderwerp. |
| 7 | Onterecht voorschrijven van geneesmiddelen (bijvoorbeeld een dure intramurale medicijn (add-on) voorschrijven) | Er is geen sprake van overtreding van regelgeving bij dit gedrag. Dit gedrag betreft het hanteren van de medische richtlijnen. |
| 8 | Spoedeisende hulp van ziekenhuizen neemt zelfverwijzers/patiënten aan met een acute zorgvraag terwijl de eerstelijnszorg zou volstaan (huisarts) | Dit betreft een ander thema dan fraude en kent een eigen traject. |
| 9 | Minder zorg leveren dan nodig | Naar inschatting van deelnemende experts komt deze gedraging weinig voor. |
| 10 | Niet verrichte zorgactiviteiten vastleggen | Naar inschatting van deelnemende experts komt deze fraude gedraging weinig voor. |
| 11 | Toegang medisch specialistische zorg voor patiënten zonder acute zorgvraag zonder verwijzing vooraf | Dit betreft een ander thema dan fraude. Deze gedraging is een bredere beschrijving van gedraging 8. |

| | | |
|----|---|---|
| 12 | Gerichte doorverwijzing naar "eigen" instelling, hetgeen leidt tot extra (nieuwe) DBC | Naar inschatting van de deelnemende experts komt deze gedraging weinig voor. Ook valt deze gedraging binnen de wet en regelgeving. |
| 13 | Vastleggen verkeerde diagnose | Diagnose is met de invoering van de DOT zorgproducten minder belangrijk geworden voor de bekostigingssystematiek. Daarom komt dit gedrag weinig voor. |
| 14 | Onrechtmatige behandeling door in het buitenland gevestigde (dure) voorziening waarbij de declaratie niet overeenkomt met de daadwerkelijke behandeling | Een andere vorm van gedraging 1, daarom impliciet meegenomen in gedraging 1. |

Bijlage 3 Organisaties die een of enkele deelnemende experts hebben geleverd

Sessie 1

- College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
- Consumentenbond
- CZ Zorgverzekeraar
- Fiscale Inlichtingen en Opsporing Dienst
- Menzis zorgverzekeraar
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Openbaar Ministerie (OM)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Sessie 2

- Achmea Zorgverzekeraar
- CHS
- College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
- CZ Zorgverzekeraar
- Inspectie Gezondheidszorg (IGZ)
- KPMG
- Meander Medisch Centrum
- Menzis zorgverzekeraar
- Nederlandse Federatie UMC's (NFU)
- Nederlandse Patiënten en Cliënten Federatie (NPCF)
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Sint Lucas Andreas Ziekenhuis
- Universitair medisch Centrum Groningen (UMCG)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)