

Onderzoek naar onregelmatigheden in
databestanden van de Zorg in Natura (ZIN) en
het persoonsgebonden budget (PGB)

14 september 2014
Prof. dr. H.M.P. Kersten
Dr. W.J. Kowalczyk
F. Kleyn
Drs. J.M. Jansen
I.F.M. Vial-Berentsen MBA

Management samenvatting

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft aan het Fraude Detectie Expertise Centrum (afgekort FDEC) gevraagd om onderzoek te doen naar de omvang van onregelmatigheden met betrekking tot declaraties in de Zvw en de AWBZ. Dit rapport richt zich op de AWBZ. In de AWBZ wordt onderscheid gemaakt in Zorg in Natura (ZIN) en het Persoonsgebonden budget (PGB). Patiënten die aanspraak hebben op AWBZ-zorg kunnen zelf kiezen of ze deze zorg in natura afnemen waarbij het zorgkantoor de zorg voor hen inkoopt, of middels een persoonsgebonden budget. In het laatste geval koopt de patiënt de zorg zelf in.

In dit onderzoek wordt door middel van datamining op declaratiebestanden nagegaan of er onregelmatigheden in de bestanden gevonden kunnen worden. Hierdoor kunnen opvallende afwijkingen die mogelijk op niet-correcte declaraties wijzen, gesignaleerd worden. De declaratiebestanden die beschikbaar zijn voor het onderzoek naar ZIN zijn erg uitgebreid. Hierin zijn veel gegevens vastgelegd: van de gestelde indicatiestelling tot de specifieke zorg die gedeclareerd is. Voor het PGB worden veel minder gegevens vastgelegd. Dit betekent ook dat het minder goed mogelijk is om in deze bestanden onregelmatigheden te ontdekken. Daarnaast is met name het PGB fraudegevoelig. In sommige gevallen wordt er geen zorg ingekocht of er wordt te weinig zorg ingekocht. Dit onderzoek richt zich specifiek op de declaratiebestanden waardoor over de zorginkoop bij PGB geen uitspraken gedaan kunnen worden.

Uitgangspunt bij dit onderzoek vormen de beschikbare declaratie-, indicatie- en eigen bijdrage bestanden over de jaren 2012 en 2013. Het betreft bestanden die van Vektis zijn ontvangen waarin de declaraties van de Zorg in Natura en PGB zijn opgenomen, bestanden van het CAK en bestanden van het Centrum Indicatiestelling Zorg (hier afgekort met CIZ). Het gaat in totaal om circa 29 miljoen declaratierecords. Het jaar 2012 wordt geheel gedekt, de data over 2013 is niet compleet en ook zijn nog niet alle correcties over 2013 verwerkt (bij zorgaanbieders, zorgkantoren, zorgverzekeraars en Vektis). Voor het PGB ontbreken alle gegevens over 2013.

In het onderzoek vormen de declaratiebestanden het uitgangspunt. Dit betekent dat de analyses gebaseerd zijn op de declaraties die zijn goedgekeurd. De declaraties die door de zorgkantoren zijn afgewezen, worden dus niet meegenomen in de analyses. Ook wanneer de zorgkantoren op een andere wijze corrigeren dan op patiëntniveau wordt dit niet zichtbaar. Te denken valt aan de verrekening voor een hele groep patiënten gezamenlijk of bij lump sum overeenkomsten. Met andere woorden: we gaan ervan uit dat de declaratiebestanden en de bestanden van het CAK en het Centrum Indicatiestelling Zorg de geleverde zorg correct weergeven.

In de AWBZ (ZIN) wordt een beheersinstrument gehanteerd, waarbij zorgaanbieders en zorgkantoren productieafspraken met elkaar maken. Wanneer een aanbieder meer zorg declareert dan het door de NZa vastgestelde budget van een aanbieder, dan stelt de NZa een vereffenbedrag vast hetgeen een uitvoerder kan terugvorderen bij een aanbieder. Wanneer er dus meer zorg geleverd en gedeclareerd wordt dan de productieafpraak, dan wordt dit niet uitbetaald¹.

Daarnaast is het mogelijk dat bij de verantwoording over de zorg die geleverd is (nacalculatie) de accountant of het zorgkantoor aangeeft dat zorg ten onrechte is gedeclareerd. Het zorgkantoor dient deze onterechte betalingen dan terug te vorderen bij de zorgaanbieder.

¹ In 2012 was de overproductie 59,6 miljoen euro, advies contracteerruimte 2014, mei 2014, NZa.

Verder bevatten de declaratiebestanden voor ZIN alleen de prestaties die op cliëntniveau gedeclareerd worden. De declaraties die niet op cliëntniveau gedeclareerd worden, waaronder een deel van de kapitaallasten, zijn niet opgenomen in de declaratiebestanden en blijven dus buiten beeld.

Er zijn dus een aantal kanttekeningen te maken bij het gebruik van declaratiebestanden. Deze bestanden zijn echter de best mogelijke bronnen om op cliënt- en aanbieder niveau onregelmatigheden op te sporen in de declaraties van de AWBZ. In dit rapport worden ook aanbevelingen over verbeteringen in de databestanden gegeven.

We noemen een declaratie onregelmatig wanneer deze niet conform de declaratie- en/of registratieregels is. Soms (b)lijkt een onregelmatige declaratie onrechtmatig te zijn en soms bestaat de indruk dat het om fraude zou kunnen gaan. Voor sommige cases is nader onderzoek noodzakelijk om uitspraak te kunnen doen in welke categorie ze zich bevinden.

Het vaststellen of een onregelmatigheid aan te merken is als fraude, is niet eenvoudig. Soms kunnen voor onregelmatige declaraties goede verklaringen worden gevonden. Echter, slechts door verder onderzoek in het veld en door audits kan worden geverifieerd of het gaat om een oprechte vergissing, verkeerd begrip of fraude. Dit valt niet binnen de reikwijdte van dit onderzoek.

Onregelmatigheden in declaraties over de ZIN en het PGB zijn op twee manieren gezocht:

1. overtredingen van declaratie- en registratieregels; het gaat hier om harde controles en harde uitkomsten.
2. afwijkingen van wat verwacht mag worden rekening houdend met het declaratiegedrag van andere zorgaanbieders. Het gaat hier om *anomalie detectie* en de uitschieters trekken de aandacht. Om vast te stellen of met deze uitschieters daadwerkelijk iets mis is, is nader onderzoek naar deze opmerkelijke cases noodzakelijk.

Om onregelmatigheden op te sporen is een aantal toetsen opgesteld. De toetsen zijn gebaseerd op de risico's die in het rapport Onderzoek zorgfraude van de NZa van december 2013 zijn geïnventariseerd. Per risico is nagegaan of dit met de data die voorhanden is, onderzocht kan worden.

Bij geconstateerde overtredingen is het daadwerkelijk gedeclareerde bedrag vergeleken met het bedrag dat het volgens de declaratieregels zou moeten zijn. Dat verschil wordt in dit rapport het "te veel gedeclareerde bedrag" genoemd. Zoals eerder aangegeven is, hoeft het niet zo te zijn dat dit daadwerkelijk is uitbetaald. Het aandeel overproductie (in 2012: circa 60 miljoen euro) ten opzichte van het totaal gedeclareerde zorg is relatief klein en – zoals we later zullen zien – circa 20% van het totaal te veel gedeclareerde bedrag dat in dit onderzoek is gevonden voor dat jaar. Het is mogelijk dat er wellicht andere redenen zijn waarom een gedeclareerd bedrag afwijkt van het bedrag volgens de regels maar dat is niet het doel van dit onderzoek.

Bij anomalieën wordt het gedeclareerde bedrag vergeleken met het bedrag dat hoort bij het gehanteerde referentiepunt. Dit verschil wordt beschouwd als het “te veel gedeclareerd bedrag”. Om te bepalen of iets een anomalie is, hanteren we drie referentiepunten: het 95%-punt, het 99%-punt en het 99,9%-punt. Links van het 95%-punt bevindt zich 95% van het totaal gedeclareerde bedrag, rechts ervan 5%, de duurste en hoogste gedeclareerde bedragen. Voor de andere referentiepunten gelden overeenkomstige percentages. De drie referentiepunten bieden houvast bij het beoordelen van de uitschieters in de verschillende verdelingen.

Voor het bepalen van het totale bedrag dat gemoeid is met overtredingen van declaratieregels en de anomalieën, hanteren we conservatief het 99%-referentiepunt. Deze keuze is enerzijds ingegeven door ervaringen in andere sectoren waar het opsporen van onregelmatigheden al een redelijk lange historie heeft (creditcards, betalingsverkeer, schadeverzekeringen) en anderzijds door de inzichten in het onderzoek naar onregelmatigheden in andere zorgsegmenten. Wanneer een organisatie de bedrijfsprocessen echt op orde heeft en voortdurend een alerte en zorgvuldige detectie uitvoert, kan worden gesteld dat de financiële schade door onregelmatigheden circa 0,1 procent bedraagt. In dat geval kan men het 99,9%-referentiepunt hanteren. Echter, wanneer detectie en een zorgvuldige en voortdurende monitoring (van declaraties) niet tot de alledaagse activiteiten behoren, is het 95%-referentiepunt een goede indicatie van het verlies dat men kan leiden door onterechte declaraties. In deze eindrapportage hanteren we – net als in het eindrapport over de ZVW - het 99%-referentiepunt. De resultaten voor het 95%- en 99,9%-referentiepunt zijn eveneens beschikbaar.

De hoofdresultaten van dit onderzoek naar onregelmatigheden worden in tabel 1 gegeven. Het zijn ondergrenzen omdat wanneer niet met 100%-zekerheid kan worden gesteld dat iets een harde onregelmatigheid is, we deze resultaten niet hebben meegenomen in de totaalstelling. Ook omdat een deel van de declaraties van verzekerden met een indicatie van Bureau Jeugdzorg ontbreken, blijft een eventuele bijdrage van deze groep aan een te veel gedeclareerd bedrag buiten beeld. Ook zorg die niet op persoonsniveau wordt gedeclareerd, kon niet bij de berekeningen van een te veel gedeclareerd bedrag worden betrokken.

Onze berekeningen leiden tot de conclusie dat voor ZIN in 2012 voor circa 302 miljoen euro te veel gedeclareerd is en in 2013 voor circa 90 miljoen euro. Het lagere bedrag voor ZIN in 2013 kan voor een groot deel worden verklaard door het feit dat enkele toetsen voor ZIN waarbij gebruik gemaakt wordt van gegevens uit het PGB-bestand niet in 2013 konden worden uitgevoerd omdat dit bestand niet beschikbaar was.

Ook een betere registratie en controle lijken in 2013 zijn vruchten af te werpen. Tevens kunnen in 2012 inleereffecten een rol spelen.

Er is slechts één toets (toets 27) waarbij overlap tussen ZIN en PGB is onderzocht. Deze geeft als uitkomst voor het PGB dat – volgens de beschikbare declaratiebestanden - er in 2012 voor 1,8 miljoen euro te veel gedeclareerd is. Toets 32 levert als uitkomst voor PGB een bedrag van 40,5 miljoen. Daarmee komt het totaal te veel gedeclareerde bedrag voor PGB in 2012 op circa 42 miljoen. We beschikken niet over het PGB-bestand over 2013 waardoor geen uitspraken over PGB 2013 mogelijk zijn.

	Te veel gedeclareerd aan ZIN in 2012 in miljoen euro	Te veel gedeclareerd aan PGB in 2012 in miljoen euro	Te veel gedeclareerd aan ZIN in 2013 in miljoen euro	Te veel gedeclareerd aan PGB in 2013 in miljoen euro
Overtreding declaratie- en registratieregels ZIN	296,8		88,7	Niet mogelijk
Overtreding declaratie- en registratieregels PGB (toets 32)		40,5		Niet mogelijk
Overlappende perioden ZIN en PGB (toets 27)	0,5	1,8 ²	Niet mogelijk	Niet mogelijk
Anomalie detectie (99%)	4,3	nvt	1,3	Niet mogelijk
Totaal te veel gedeclareerd	301,6	42,3	90,0	Niet mogelijk
Totaal gedeclareerd	20.202	2.664	18.701 ³	Niet mogelijk
Als percentage van totaal gedeclareerd	1,5	1,6	0,5	Niet mogelijk

Tabel 1. Overzicht van de gevonden onregelmatigheden in de declaratiebestanden van ZIN en PGB, 2012 – 2013

Beseft moet worden dat het beeld dat van de zorg verkregen wordt op basis van databestanden niet noodzakelijkerwijs altijd overeenkomt met de “wereld van de verleende zorg”. De databestanden geven een afspiegeling van gedeclareerde zorg. We kunnen niet nagaan of deze zorg geleverd is, en in de juiste mate of kwaliteit. Net zoals bij de vaststelling of een onregelmatigheid fraude betreft, geldt hier dat slechts nader onderzoek een uitspraak hierover mogelijk kan maken. Te denken is dan aan verder onderzoek in de databestanden, materiële controle en audits.

² Door afrondingsverschillen is er een klein verschil met de resultaten bij de toets. Toets 27 heeft als totaal 2,2 miljoen euro.

³ Bijgeschat voor ontbrekende deel van 2013 met behulp van aantal BSN met een factor $826.737/795.999 = 1,04$. Dus: $17.981,6$ miljoen maal $1,04 = 18.701$ miljoen euro.

Inhoudsopgave

Management samenvatting	1
Inhoudsopgave	5
Voorwoord	7
1. Inleiding	8
1.1. Introductie.....	8
1.2. Opdracht en probleemstelling	9
1.3. Wat zijn anomalieën, onregelmatigheden en wat is fraude?.....	10
1.4. Schatting van het bedrag gemoeid met het overtreden van regels en anomalieën	12
1.5. Data en data-analyse	16
1.6. Gebruikte toetsen, analysetechnieken en zoekmethoden	18
1.7. Beschrijving van de structuur van dit rapport	19
2. Algemene resultaten en gegevens	20
2.1. Overzicht van variabelen.....	20
2.2. Kwaliteit van de gegevens.....	20
3. Overzicht van de resultaten	24
3.1. Inleiding.....	24
3.2. Resultaten van de exploratieve analyse	24
3.2.1. Verzekerden	24
3.2.2. Zorgaanbieders (AGB, uitvoerders)	26
3.2.3. Zorgkantoren	28
3.3. Resultaten van de overtreding van declaratie- en registratieregels.....	31
3.3.1. Inleiding	31
3.3.2. Zorg in Natura is gedeclareerd terwijl indicatie ontbreekt, toets 13	31
3.3.3. Declaratie hoger dan het maximale beleidsregelwaarde, toets 14 en 15	31
3.3.4. Niet-valide combinaties van geleverde zorg, toets 16	32
3.3.5. Niet-valide gelijktijdige combinaties van toeslagen, toets 17.....	33
3.3.6. Verplichte combinatie tussen aanvullende prestaties en hoofdprestaties, toets 18	33
3.3.7. Toeslagen en basisprestaties in onterechte leeftijdscategorie, toets 19.....	34
3.3.8. NHC-declaraties in combinatie met juiste prestatie, toets 20, 2013	34
3.3.9. Meer zorg dan mogelijk is in de tijd, toets 21	34
3.3.10. Declaraties voor en na overlijden van de patiënt, toets 22 en 23	36
3.3.11. Matching prestaties aan gedeclareerde bedragen en tarieven, toets 24 en 25	37
3.3.12. Overschrijden van het plafond van de PGB, toets 26, 2012.....	38

3.3.13. Overlappende periode met gelijke functiecode en ZZP-code, toets 27, 2012	38
3.3.14. Gedeclareerde zorg moet overeenkomen met indicatie, toets 28 en 29	39
3.3.15. Zorg passend bij indicatie, ZIN, toets 30	39
3.3.16. Toegekende PGB-bedrag passend bij indicatie, toets 31	40
3.3.17. Zorg passend bij indicatie, PGB, toets 32	40
3.3.18. Dubbele bekostiging, toets 33-34	41
3.3.19. Dubbele bekostiging, declaratie voor huisarts en anderen, toets 35	42
3.3.20. Declareren vóórdát zorg is geleverd, toets 40	42
3.4. Resultaten van de anomalie detectie	44
3.4.1. Inleiding	44
3.4.2. Opmerkelijk veel toeslagen, toets 36	45
3.4.3. Opmerkelijk veel speciaal afgesproken en extra prestaties t.o.v. basis, toets 37	45
3.4.4. Opmerkelijk veel zeer dure zorg, toets 38	47
3.4.5. Opmerkelijk veel mutatedagen gedeclareerd, intramuraal, toets 39	48
3.5. Overzicht van de resultaten van gesignaleerde onregelmatigheden	49
4. Conclusies, observaties en aanbevelingen	53
4.1. Conclusies	53
4.2. Observaties en aanbevelingen	53
4.2.1. Observaties	53
4.2.2. Aanbevelingen	54
Appendix 1. Zwakke punten regelgeving en risico's volgens de NZa	56
Appendix 2. Gebruikte databestanden en gegevens	62
Appendix 3. Overzicht van de toetsen	70
Appendix 4. Tabellen en matrices die zijn gebruikt	75
Appendix 5. Overzicht van correctierecords	83
Appendix 6. Overzicht van enkele toetsen op de kwaliteit van de gegevens	87

Voorwoord

Door een enthousiast team van het Fraude Detectie Expertise Centrum (FDEC) is hard gewerkt aan de analyse van databestanden die betrekking hebben op de AWBZ, in het bijzonder de Zorg in Natura (ZIN) en het persoonsgebonden budget (PGB). We kunnen terugkijken op een goede samenwerking met de leveranciers van de gegevens (Vektis, CAK, CIZ) en met deskundigen van de Nederlandse Zorgautoriteit.

De verantwoordelijkheid van dit rapport evenals de verantwoordelijkheid voor de resultaten die in een andere vorm zijn overgedragen aan de NZa berust echter volledig bij het Fraude Detectie Expertise Centrum.

1. Inleiding

1.1. Introductie

Dit rapport beschrijft de voornaamste resultaten van een data analyse die uitgevoerd is op declaratiegegevens van de Zorg in Natura en het persoonsgebonden budget over de jaren 2012 en 2013. Het gaat om relatief kleine bestanden (circa 29 miljoen records); tegenwoordig vormen 100 miljoen records of meer geen probleem meer voor een goede data analyse.

Begonnen wordt met een algemene beschrijving over de probleemstelling van het onderzoek: kunnen we onregelmatigheden in de declaratiegegevens vinden en zo ja, hoe vaak komt een dergelijke onregelmatigheid dan voor en wat kost dat? Niet elke onregelmatigheid betekent dat er iets onrechtmatig of frauduleus gebeurt: het kan zijn dat het gaat om dure zorg aan speciale patiënten of dat er later alsnog voor deze onregelmatigheden wordt gecorrigeerd via het zorgkantoor. Vaak zetten de gesignaleerde onregelmatigheden aan het denken en soms zetten ze ons op het spoor van malversaties. Duidelijk is wel dat door het analyseren van de databestanden opmerkelijke zaken zichtbaar worden.

In dit rapport wordt beschreven hoe een dergelijke data analyse in zijn werk gaat: eerst kijken we naar de kwaliteit van de gegevens: kloppen die, zijn ze volledig en consistent, kunnen er verantwoorde analyses op worden uitgevoerd? Als we op deze vragen een positief antwoord hebben gekregen, wordt een algemene en verkennende analyse uitgevoerd. Dit wordt een exploratieve analyse genoemd. Dan komen de eerste onregelmatigheden vaak al naar voren. We beschrijven de resultaten in algemene termen en tabellen.

Daarna richten we ons op specifieke toetsen die zijn opgesteld om gericht na te gaan of er overtreding van registratie- en declaratieregels heeft plaatsgevonden. Soms gaat het om het signaleren van declaraties die gewoon niet kunnen of mogen volgens wetgeving hiervoor, soms gaat het om onlogische combinaties. Deze toetsen zijn te vinden in appendix 3. Ze zijn gebaseerd op enerzijds de risicoanalyse van de NZa over ZIN en PGB en anderzijds op kennis en ervaring op dit domein en andere zorgdomeinen.

Een methode die vaak opmerkelijke zorgaanbieders en patiënten zichtbaar maakt, is anomalie detectie. Dit is een algemene benaming voor methoden die er op gericht zijn o.a. zorgaanbieders op te sporen die vergeleken met hun collega's en in diezelfde context wel heel erg veel opvallen ten aanzien van een of meer variabelen. We kijken dan naar de top 0,1%, top 1% en top 5% van de zorgaanbieders die we dan onder de loep nemen. Dit zijn niet noodzakelijkerwijs overtreders: het is mogelijk dat er een logische verklaring voor hun afwijkend (declaratie)gedrag is, bijvoorbeeld omdat ze heel specifieke zorg aan heel specifieke patiënten leveren. Maar vaak echter stoten we met deze anomalie detectie op het topje van de ijsberg: wanneer deskundigen er dan nadrukkelijker naar kijken, vinden ze vaak meer onregelmatigheden.

Aan het eind van de analyses combineren we alle resultaten om tot een overall beeld te komen van de declaraties van de ZIN en PGB. Deze worden in hoofdstuk 4 gegeven.

1.2. Opdracht en probleemstelling

Door de Nederlandse Zorgautoriteit (afgekort NZa) is aan het Fraude Detectie Expertise Centrum (afgekort FDEC) gevraagd om een analyse uit te voeren op enkele grote data bestanden betreffende de AWBZ.

“Voor de AWBZ gaat het om Zorg in Natura (ZIN) en het PGB (persoonsgebonden budget). Hierbij wordt ook specifiek gekeken naar de toegang tot de AWBZ. De Minister vraagt de NZa om onderzoek te doen naar de omvang van fraude in de zorg.

Belangrijk onderdeel hiervan is de langdurige zorg die wordt vergoed vanuit de AWBZ. Het gaat hierbij zowel om Zorg in Natura (ZIN) als het Persoonsgebonden Budget (PGB). Het doel van de opdracht is om voor ZIN en PGB onregelmatigheden in de data bestanden te bepalen, waarbij de focus op de declaratiedata ligt.”⁴

Doelstelling van deze analyses is het opsporen van afwijkingen in gebruik, bedragen, frequentie, etc. Daartoe worden (combinaties van) wiskundige en statistische technieken ingezet. In dit project richten wij ons op het opsporen van onregelmatigheden bij declaraties in de ZIN en het PGB.

Een belangrijk aspect van dit onderzoek naar het opsporen van onregelmatigheden bij de ZIN en het PGB is dat we ervan uitgaan dat de bedragen zoals die in de declaratiebestanden van de ZIN zijn opgenomen daadwerkelijk waar zijn. Zij vormen als het ware de financiële afspiegeling van de geleverde zorg aan patiënten. Het is echter mogelijk dat er verrekeningen tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar hebben plaatsgevonden (zowel debet als credit) die niet in de databestanden zichtbaar zijn. Dat kan het geval zijn als de verrekening zich niet op cliëntniveau afspeelt maar bijvoorbeeld op zorgaanbiederniveau: de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder rekenen samen af. Dat geldt ook bij de “afrekening” op basis van bevoorschotting. Wij hebben daar geen inzicht in. Wél is er zicht op de correcties/afrekeningen op declaratieniveau.

Het gedeclareerde bedrag (zowel positief als negatief) betreft de declaratie die de zorgaanbieder indient voor de geleverde zorg aan een patiënt. Het zijn de bedragen die zich in de ZIN-databestanden van Vektis bevinden.

Het bedrag dat werkelijk is vergoed, is het bedrag dat zorgaanbieder en zorgkantoor hebben afgesproken voor het leveren van de zorg. Wanneer de verrekeningen tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder zich op declaratieniveau afspelen, zijn ze zichtbaar in het databestand van Vektis (namelijk door saldering van debet- en creditrecords).

We gaan er vanuit dat de gedeclareerde bedragen (eventueel na verwerking van een bijbehorende debet- of creditboeking) de juiste bedragen zijn. Wanneer we deze bedragen vergelijken met wat die bedragen volgens de declaratieregels hadden moeten zijn, zien we soms een verschil. Doorgaans is dat verschil positief, dat wil zeggen: er is meer gedeclareerd is dan volgens de regels. In dat geval spreken we van een te veel gedeclareerd bedrag.

⁴ Nederlandse Zorgautoriteit, offerteverzoek analyse onregelmatigheden AWBZ, 12 maart 2014.

1.3. Wat zijn anomalieën, onregelmatigheden en wat is fraude?

Ons werk richt zich op de analyse van zeer grote databestanden. Wij zoeken daarin naar opmerkelijke afwijkingen, uitschieters, onlogische combinaties, niet-toegelaten combinaties, dag-, week- en maandpatronen, profielen en (gedrags)patronen, etc., etc. Zie voor een overzichtartikel Kersten en Kowalczyk (2009)⁵. We willen vervolgens bepalen wat deze gevonden afwijkingen zijn: zijn het fouten, vergissingen of uitzonderingen die toegestaan zijn maar zelden voorkomen? Of gaat het wellicht om fraude? Onze ervaring met detectie in veel verschillende domeinen is dat steeds weer de cruciale vraag optreedt:

Gaat het bij deze gevonden afwijking of onregelmatigheid om toeval, om een vergissing, om een verkeerd begrip of interpretatie, om opzettelijke fraude of om systematische fraude en/of samenspanning?

Omdat niet in alle gevallen gelijk duidelijk is waarmee we te maken hebben, hanteren we het begrip anomalie:

Een anomalie is een opmerkelijke case in een zeer groot data bestand die sterk afwijkt van hetgeen van die variabele(n) (dienstverlener, product, dienst, klant/patiënt/verzekerde, tijd, tijdstip, etc.) verwacht kan worden.

Wanneer een anomalie is gedetecteerd, kan deze case nader worden onderzocht. Soms vindt men een verklaring voor de anomalie maar vaak ook niet. Wanneer blijkt dat het echt “mis” is, kan er door de uitkerende instantie een gesprek plaats vinden met (in dit geval) de zorgaanbieder om een verklaring te vinden. Mocht die verklaring er niet zijn, of niet aannemelijk zijn, dan kan er terugvordering plaatsvinden.

Om het aantal *false positives* (gedetecteerd maar er is toch niets aan de hand, vals alarm) zo klein mogelijk te houden is *feedback* op de gevonden anomalieën essentieel: door domeinexperts worden de gevonden anomalieën beoordeeld. Hun *feedback* leidt tot scherpere en nog doeltreffender detectie regels.

Daarnaast zijn er *false negatives* (niet gedetecteerd maar er is wel iets mis, het alarm gaat niet af) die - omdat ze niet gedetecteerd worden - leiden tot een te lage inschatting van de omvang van de onregelmatigheden. De ervaring leert dat wanneer langer wordt gezocht en met meer detectieregels, er meer wordt opgespoord. Maar er zijn voorbeelden dat sommige *false negatives* echt niet kunnen worden opgespoord, bijvoorbeeld gedeclareerde zorg die niet geleverd is. Daarom gaat een goede detectie altijd samen met domeinexperts (in dit geval: experts op het terrein van de AWBZ) én met een drive om achter de waarheid te komen.

Een succesvolle *anomalie detectie* wordt bepaald door een goede samenwerking tussen domein/fraude-deskundigen en de data analisten, ondersteund door krachtige computers en slimme zoekmethoden. Het werk leunt zwaar op de kennis en ervaring van experts: van profielen van fraudeurs - en hun werkwijze - tot kennis over de regels, de voorwaarden en de uitzonderingen. De experts leveren zowel input voor het zoeken in de databases als *feedback* op de gevonden resultaten. Op die manier leidt dit iteratieve proces tot een effectieve en efficiënte manier van detectie.

⁵ Jaarboek Compliance 2009. Transactiemonitoring: wie heeft er nog overzicht?

Of een onregelmatigheid ook daadwerkelijk een onrechtmatigheid en/of fraude is, is lastig vast te stellen. Uiteindelijk gaat de rechter hierover. Anomalie detectie *sec* is niet voldoende maar wel een eerste stap. De volgende stap is het beoordelen van de gevonden onregelmatigheden. Deze vallen in een aantal klassen uiteen:

- a. Onrechtmatigheden doordat declaratieregels zijn overtreden
- b. Opvallende gelijkenissen met bekende fraudeurs in het segment
- c. Afwijkende patronen ten aanzien van declaraties
- d. Afwijkende patronen van/bij de zorgaanbieder, rekening houdend met zijn/haar specifieke kenmerken over patiënten, mede in relatie tot zijn/haar vakgenoten
- e. Afwijkingen in hun groep patiënten

De cases van categorie a. zijn relatief eenvoudig: aanwezige regels zijn overtreden en het bedrag dat hiermee gemoeid is, kan worden berekend. We kunnen niet vaststellen of zorgaanbiders *in de geest van de regels* hebben gedeclareerd en evenmin of hun overtredingen zich ook uitstrekken naar andere declaraties.

De cases in de groepen b – e moeten nader worden beoordeeld om te bepalen wat hiermee aan de hand is. Het onderscheid tussen een toevallige (of verklaarbare) afwijking en bewezen opzet is groot. De wiskundige waarschijnlijkheid dat iemand op een fraudeur lijkt, heeft geen rechtsgrond en kan ook toeval zijn. Maar toch: het kan een begin zijn om nader op deze cases in te gaan.

Hier komen de fraude-experts en domeindeskundigen weer in beeld. Zij bestuderen de gevonden anomalieën en de toelichting waarom/ de wijze waarop de onregelmatigheden door de data analisten zijn gevonden. Zij kunnen dan beoordelen of de case een *false positive* (vals alarm: gedetecteerd maar er is niets aan de hand) is. Terugkoppeling aan de data analisten vindt plaats en de detectie regels worden bijgesteld en verfijnd.

De deskundigen kunnen ook tot het oordeel komen dat de cases toch wel erg opmerkelijk zijn en besluiten tot een audit. Dat is in dit onderzoek niet gebeurd: een nader onderzoek naar de patiënt en/of zorgverlener heeft slechts plaatsgevonden op basis van de beschikbare declaratiebestanden.

We hanteren dus een tweesporen aanpak: het vaststellen of declaratie- (en registratie)regels zijn overtreden én het opsporen van anomalieën waarbij dat laatste in een iteratief proces gebeurt:

- a. Het signaleren van een anomalie
- b. Het voorleggen van deze anomalie aan een expert op het betreffende zorgdomein
- c. De uitslag van de expert: is hier inderdaad sprake van een onregelmatigheid, een onrechtmatigheid of wellicht de verdenking van fraude.

Een opvolging van de gevonden overtredingen en de gesignaleerde anomalieën kan veel opleveren. Dat er (veel) sprake is van onterecht declareren, of te veel declareren, wordt mede zichtbaar door het grote percentage dat teruggevorderd wordt bij het PGB. In het “Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2012 door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK” wordt een overzicht gegeven (paragraaf 3.8) over vorderingen die uitstaan op PGB-houders. Deze bedragen voor 2012 4,9%; het bedrag dat hiermee overeenkomt bedraagt 133,8 miljoen euro⁶. Dat terugvorderen niet altijd eenvoudig zal zijn, is evident.

⁶ http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_uitvoering_AWBZ_2012.pdf

1.4. Schatting van het bedrag gemoeid met het overtreden van regels en anomalieën

In dit project zijn de declaraties van de Zorg in Natura (ZIN) over 2012 en 2013 onderzocht. Voor het Persoonsgebonden Budget (PGB) beschikken we slechts over de gegevens van 2012. Bij de analyses is zowel gekeken naar het overtreden van regels als naar afwijkende patronen.

Op basis daarvan kan een schatting worden gemaakt van de omvang (frequentie en bedrag) van het overtreden van declaratieregels en de omvang (frequentie en bedrag) dat gemoeid is met de meest opvallende anomalieën. Of een onregelmatigheid echt fraude is, wordt uiteindelijk bepaald door de rechter of door de deskundigen in kwestie.

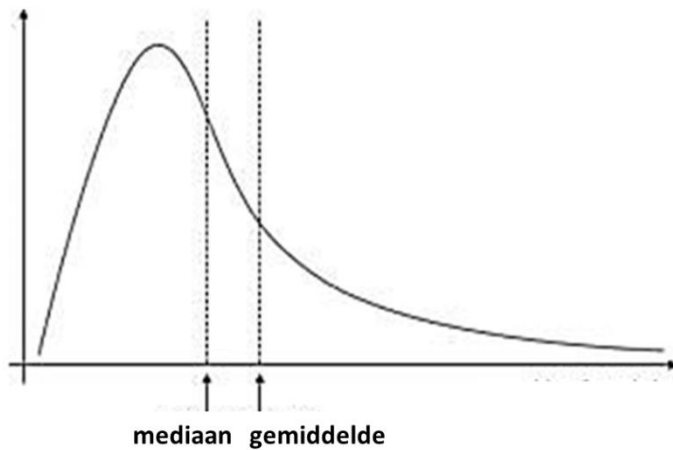
Wanneer blijkt dat declaratieregels zijn overtreden, wordt voor die cases gekeken naar het verschil tussen wat daadwerkelijk gedeclareerd is en wat volgens de declaratieregels gedeclareerd had mogen worden. Dit verschil, waarvoor overigens ook andere moverende redenen mogelijk zouden kunnen zijn, wordt het *te veel* gedeclareerde *bedrag* genoemd. Inzicht te verkrijgen in de mogelijke redenen die het verschil zouden kunnen verklaren, is niet het doel van dit onderzoek. Wij beperken ons tot een analyse op basis van de declaratiebestanden waarin wordt weergegeven wat er concreet in de praktijk is gedeclareerd voor zorg. Het totaal te veel gedeclareerde bedrag is de som over alle gevonden cases.

De werkwijze voor de berekening van het te veel gedeclareerde bedrag bij anomalieën is in grote lijnen als volgt:

1. We kijken naar de verdeling van de detectie variabele, bijvoorbeeld het gemiddelde gedeclareerde bedrag voor vervoer per patiënt, etc. Dit zijn doorgaans scheve verdelingen. De aandacht wordt respectievelijk gericht op de top 5%, top 1% en top 0,1% van de cases van de detectie variabele. We kijken naar het totale bedrag dat gedeclareerd is in die groepen. Deze drie groepen van cases worden beschouwd als afwijkend.
2. Voor deze groepen wordt het te veel gedeclareerde bedrag berekend door hun gedeclareerde bedrag te verminderen met het bedrag dat bij het 95%-, 99%- en 99,9%-referentiepunt behoort.

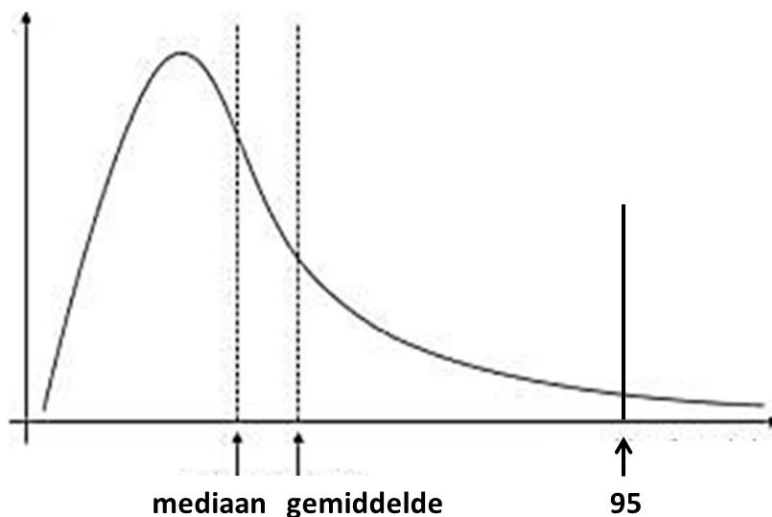
Detectievariabelen kunnen erg divers zijn. De keuze ervan wordt bepaald door het onderscheidend vermogen dat ze hebben om anomalieën op te sporen. Als voorbeeld: bij het opsporen van skimming is één van de detectievariabelen de frequentie waarmee de kaarthouder pint; bij het opsporen van onregelmatigheden bij autoschadeherstel is een goede variabele het gemiddelde bedrag voor een categorie reparatie; bij het opsporen van afwijkende declaraties bij huisartsen is het de verhouding tussen thuisbezoeken en totaal aantal consulten. Ongeacht de aard van de detectie variabele: het leidt steeds tot een verdeling van zorgaanbieders en worden de top 5%, top 1% en top 0,1% van de zorgaanbieders zichtbaar. We kunnen de verdeling zowel bekijken wat betreft het aantal als wat betreft het gedeclareerde bedrag. Het laatste biedt ons meer inzicht in het relatieve belang van deze afwijkende groep.

We illustreren dit met een aantal figuren en een rekenvoorbeeld. In figuur 1.1 is een voorbeeld gegeven van een verdeling waarbij ook het gemiddelde en de mediaan zijn weergegeven. De mediaan geeft de middelste waarneming aan wanneer de waarnemingen op grootte zijn gerangschikt. De verdeling is – zoals in veel situaties bij anomalie detectie – scheef en we zijn in het bijzonder geïnteresseerd in de cases die zich in de rechterstaart van de verdeling bevinden.



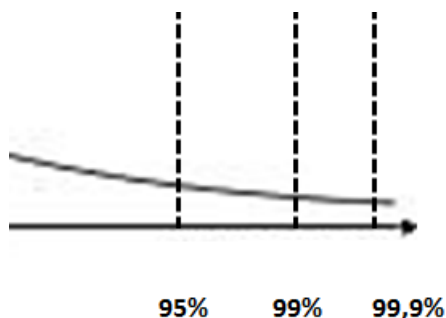
Figuur 1.1. Voorbeeld van een verdeling met daarin de mediaan en het rekenkundig gemiddelde

In figuur 1.2 is ook het 95%-punt aangegeven. 95% van het totaal gedeclareerde bedrag bevindt zich links van dit punt, 5% bevindt zich rechts van dit punt⁷. Leidend is het gedeclareerde bedrag, niet het aantal personen/zorgaanbieders, etc. We kunnen de aandacht verder richten op de cases die zich nog verder in de rechterstaart van de verdeling bevinden. We kijken dan bijvoorbeeld naar de top 1% of, nog verder naar rechts, de top 0,1%.



Figuur 1.3. Voorbeeld van een verdeling met het 95-percentiel

⁷ Omdat dit doorgaans scheve verdelingen zijn, is dit niet noodzakelijkerwijs de twee sigma-grens.



Figuur 1.4. Voorbeeld van een verdeling het 95, 99- en 99,9-percentiel

De referentiepunten 99,9%, 99% en 95% zijn enigszins arbitrair. Doorgaans wordt de grens bepaald door wat de opsporingsafdeling/domeinexperts aan kunnen (qua aantal) én door het aantal *false positives* (fout positieven, vals alarm). Naarmate dit referentiepunt lager is (bijvoorbeeld van 99% naar 95%), neemt de kans om tussen de gedetecteerde cases onschuldigen aan te treffen toe. Anderzijds blijven er bij een hoger referentiepunt mogelijk niet-correcte declaraties onterecht buiten beeld. In dit project worden deze drie grenzen gehanteerd om inzicht te krijgen in de gevoeligheid van de uitkomsten bij verschillende afkapgrenzen.

Een rekenvoorbeeld kan dit verder illustreren.

Stel dat er gekeken wordt naar het declareren van toeslagen door zorgaanbieders (deze anomalie detectie wordt in paragraaf 3.4.2. gehanteerd). Het is vanzelfsprekend dat het aantal toeslagen dat door zorgaanbieders wordt gedeclareerd verschillend is. We zien in het declaratiebestand over 2012 dat het totale bedrag dat voor toeslagen is gedeclareerd gelijk is aan 130,7 miljoen euro. Het aantal declaratierecords met toeslagen in dat jaar is 234.695 en betreffen 22.551 patiënten.

We bepalen per zorgaanbieder het aantal toeslagen dat hij/zij in 2012 heeft gedeclareerd. Dan berekenen we voor elke zorgaanbieder het gemiddeld gedeclareerd bedrag voor toeslagen per patiënt (per patiënt met toeslagen). We rangschikken de zorgaanbieders op de hoogte van dit gemiddeld gedeclareerd bedrag, van klein naar groot. Vervolgens onderzoeken we deze verdeling: er zijn zorgaanbieders met een kleine gemiddelde declaratie en zorgaanbieders met een hoge gemiddelde declaratie. Het door een zorgaanbieder gedeclareerd bedrag voor toeslagen dat overeenkomt met het 95%-punt is € 32.047,68. Links van dit punt bevinden zich de records van 22.362 patiënten, goed voor een bedrag van 124,2 miljoen euro. Rechts van dit 95%-punt bevinden zich 189 patiënten die samen goed zijn voor 6,6 miljoen euro.⁸

Het bedrag dat overeenkomt met het 99%-punt is € 37.832,03. Links van dit punt bevinden zich 22.523 patiënten, goed voor een bedrag van 129,4 miljoen euro. Rechts van dit 99%-punt bevinden zich 28 patiënten die samen goed zijn voor 1,3 miljoen euro.

Tenslotte, het bedrag dat overeenkomt met het 99,9%-punt is € 71.501,76. Links van dit punt bevinden zich 22.549 patiënten, goed voor een bedrag van 130,6 miljoen euro. Rechts van dit 99,9%-punt bevinden zich 2 patiënten, goed voor € 143.003,52.

⁸ Verschil met totaal van 130,7 miljoen euro is een afrondingsverschil.

Het “te veel gedeclareerde bedrag” wordt als volgt berekend: totaal gedeclareerd bedrag rechts van het referentiepunt minus het bedrag dat hoort bij het referentiepunt maal het aantal patiënten rechts van het referentiepunt.

Voor het 95%-punt betekent dit: € 6.560.976,66 minus (189 maal € 32.047,68) = € 503.965.

Voor het 99%-punt is dit € 1.314.534,92 minus (28 maal € 37.832,03) = € 255.238.

Voor het 99,9%-punt is dit € 143.003,52 minus (2 maal € 71.501,76) = € 0,0.

We zien in dit voorbeeld dat er rechts van het 99,9%-referentiepunt het te veel gedeclareerde bedrag gelijk aan 0 is. Vaak is het te veel gedeclareerde bedrag van de top 0,1% van de zorgaanbieders echter wel positief en – daardoor – opvallend.

Dit leidt tot de volgende cijfers, zie tabel 1.1.

	Te veel gedeclareerde bedrag 95%-referentiepunt in miljoen euro	Te veel gedeclareerde bedrag 99%-referentiepunt in miljoen euro	Te veel gedeclareerde bedrag 99,9%-referentiepunt in miljoen euro
Opmerkelijk veel toeslagen	0,5	0,3	0,0

Tabel 1.1. Voorbeeld van de anomalie-berekening voor toeslagen, 2012

Duidelijk is te zien dat wanneer men de grens verlaagt (van 99,9% naar 95%), het bedrag dat gemoeid is met cases in de rechterstaart oploopt. Tegelijkertijd neemt het aantal onschuldigen (*false positives*, fout positieven, vals alarm) toe. Het lastige is dat het echte percentage onregelmatigheden onbekend is en we dus geen houvast hebben bij de keuze van het referentiepunt. Ervaring bij andere detectie onderzoeken leert dat daar een percentage van 0,1% als realistisch wordt aangemerkt wanneer ook de administratieve-, controleprocessen en cultuur hiervoor op orde zijn. Een dergelijke benchmark ontbreekt voor dit domein van de AWBZ. Op basis van ervaringen in andere sectoren en andere projecten gericht op het opsporen van onregelmatigheden in declaraties in de zorg, hebben we gekozen voor het 99%-referentiepunt. Dit punt biedt een goed houvast. Vaak zien we dat hoewel het aantal *false positives* wellicht wat groter is, we vaak bij de gedetecteerde cases op het topje van de ijsberg stuiten: bij nader onderzoek blijkt er (veel) meer mis te zijn. De gedetecteerde cases hebben ons op het spoor gezet van iets veel groters.

Deze methode kan ook worden toegepast om bijvoorbeeld anomalieën te vinden voor de kosten van vervoer, toeslagen, zorgzwaartepakket, hoogte van de totale declaratie, etc.

Bij het sommeren van het bedrag dat te veel gedeclareerd is doordat declaratie- en registratieregels zijn overtreden en het totaal van de anomalie detectie is geen rekening gehouden met of de veroorzaker van de anomalie gesignaleerd is in beide groepen. Dat is niet waarschijnlijk omdat de benaderingen echt verschillend zijn. Mocht dit wel (in theorie is het mogelijk) het geval zijn, dan is correctie hiervoor pas zinvol wanneer de lijst met anomalieën geanalyseerd is door domeinexperts en bekend is of er sprake is van “er is echt iets goed mis” dan wel *false positives* (“afwijkend maar er is niets aan de hand”).

1.5. Data en data-analyse

Uitgangspunt bij dit onderzoek vormen de beschikbare declaratiebestanden over de jaren 2012 en 2013. Het betreft bestanden die van Vektis zijn ontvangen met declaraties van de Zorg in Natura, bestanden van het CAK en bestanden van het Centrum Indicatiestelling Zorg (in dit rapport afgekort tot: CIZ). Voor het persoonsgebonden budget (PGB) beschikken we alleen over gegevens van 2012. Een deel van de declaraties van verzekerden met een indicatie van Bureau Jeugdzorg ontbreken. De focus bij dit onderzoek ligt nadrukkelijk op de declaratiebestanden.

Het gaat hierbij om miljoenen declaraties van zorg. In appendix 2 wordt een overzicht gegeven van de beschikbare variabelen. Hier kan worden vermeld dat de data geschikt is om onregelmatigheden op te sporen en anomalie detectie op uit te voeren. Uit de analyses komen ook aanbevelingen om de kwaliteit van de data voor detectiedoeleinden in de toekomst te verbeteren.

Omdat het doel van de dataverzameling van de gegevens door/voor Vektis/CAK/CIZ anders is dan wanneer dit voor detectiedoeleinden zou zijn geweest, staan er in het databestand gegevens die minder geschikt zijn om merkwaardige cases op te sporen; anderzijds ontbreken er gegevens die juist heel effectief kunnen zijn in de detectie. Vanwege die verschillende doelstellingen ondervinden we soms grote problemen bij het reconstrueren van de gedeclareerde zorg aan patiënten. Een exacte reconstructie vereist namelijk een 100%-match tussen de bestanden wat betreft die patiënt. Definitiekwesties, peildata, correcties en mate van gedetailleerdheid staan vaak een dergelijke exacte reconstructie in de weg.

Het jaar 2012 kan voor een aantal aspecten aangemerkt worden als een inleerjaar. Dit inleren kan effect hebben op de kwaliteit van de registratie en daarmee op de kwaliteit van de declaratiegegevens. We zien (zie later in dit rapport) dat sommige onregelmatigheden die in 2012 werden geconstateerd niet meer voorkwamen in 2013. Dat wijst op een positief lerend effect.

De privacy van verzekerden is gewaarborgd doordat encryptie van het Burger Service Nummer (BSN) heeft plaatsgevonden; daardoor is er een nieuw uniek nummer ontstaan waarbij we niet de persoon kunnen traceren maar wél de prestaties en declaraties aan deze persoon kunnen relateren.

De gegevens van de zorgaanbieder⁹ zijn bekend. In het project zijn afdoende maatregelen genomen om die privacy te waarborgen door strenge toegangsbeveiliging op de data, *polities* wat betreft de data en het dataverkeer, geanonimiseerde eindrapportage, beveiligde opslag van documenten en een zorgvuldige selectie van de leden van het team. Alle gegevens, zowel brongegevens als afgeleide data bestanden en overzichten zijn aan het eind van de opdracht aan de NZa overgedragen. Bij FDEC heeft vernietiging van de gegevens plaats gevonden.

Voor het vaststellen van “merkwaardige” cases¹⁰ gebruiken we zo veel mogelijk variabelen. Er zijn variabelen die veel informatie bieden zoals datum van de prestatie, bedrag, leeftijd, etc., evenals afgeleide variabelen (meta-variabelen) zoals de hoeveelheid zorg per verzekerde¹¹, het aantal verrichtingen/prestaties per behandelaar en de verhouding tussen verrichtingen per behandelaar, vergeleken met collega’s.

⁹ We gebruiken in dit rapport de termen zorgaanbieder, instelling, behandelaar en AGB als elkaars synoniem.

¹⁰ We hanteren hier ook de termen anomalie en opmerkelijk voor.

¹¹ We gebruiken de termen patiënt, verzekerde, client en BSN als synoniem voor elkaar.

Onregelmatigheden kunnen op verschillende plaatsen in het declaratieproces ontstaan. Vervolgonderzoek waar sommige resultaten (dringend) om vragen kan zich richten op onregelmatigheden die aan de bron zijn gesignaleerd (het verlenen van zorg aan de verzekerde), op de verwerking en declaratie door de zorgaanbieder, op de verwerking door het zorgkantoor en op de zorgverzekeraar.

Voor het onderzoek zijn de volgende bestanden gebruikt, zie hiervoor tabel 1.2.

Bron	Inhoud	Tijdvak	Opmerkingen
Vektis	Informatie over declaraties 2012	2012	Compleet
CAK	Informatie over Eigen Bijdrage 2012	2012	Compleet
CIZ	Informatie over indicaties 2012	2012	Compleet
Vektis	Informatie over PGB 2012	2012	Compleet
Vektis	Informatie over declaraties 2013	2013	90% compleet en deel correcties ontbreekt
CAK	Informatie over Eigen Bijdrage 2013	2013	Compleet
CIZ	Informatie over indicaties 2013	2013	Nagenoeg compleet: december ontbreekt

Tabel 1.2. Overzicht van de gebruikte bestanden

Verder kon worden beschikt over de declaratiebestanden van huisartsen, mondzorg, farmacie en medisch specialistische zorg van 2012. Voor de analyse zijn lijsten, matrices en koppeltabellen gebruikt zoals die beschikbaar zijn op de websites van Vektis en de NZa.

Ook bij de ZIN speelt – net als bij de declaraties in andere zorgsegmenten - het verschijnsel van creditrecords of tegenboekingen (correctierecords) een grote rol: dit zijn records met negatieve bedragen. In dit rapport noemen we deze creditrecords ook wel correctieboekingen. Voor 2012 is het percentage creditrecords ten opzichte van het totaal aantal records gelijk aan 5,5%. (berekend in euro's). Voor 2013 is dit 4,7% (berekend in euro's). In de indicatiebestanden en het PGB-bestand komen creditrecords/correctierecords niet voor.

De reden van de correctierecords kan verschillend zijn. Een zorgaanbieder onderkent dat er een fout in zijn/haar registratiesysteem is gemaakt die hersteld moet worden. Ook is het mogelijk dat een declaratie wordt afgekeurd en slechts weer in behandeling wordt genomen wanneer er een bijbehorende creditdeclaratie beschikbaar is.

Jaar	Totaal aantal records	Aantal creditrecords	Totaal debet in miljoenen euro	Totaal credit in miljoenen euro's	Totaal debet en credit in miljoenen euro's
2012	15.144.826	1.044.015	21.384,8	1.182,7	20.202,1
2013	14.314.195	1.000.389	18.866,1	884,4	17.981,6

Tabel 1.2. Overzicht van het aantal correctierecords in de bestanden van ZIN van Vektis, 2012-2013

Wanneer twee of meer records exact hetzelfde (encrypted) BSN, prestatiecode, begindatum, einddatum, aantal, AGB-code¹² en zorgkantoor hebben, én waarbij het toegekend bedrag van het ene record gelijk is aan het negatieve bedrag van het andere record, dan worden deze records tegen elkaar weggestreept en worden ze niet gebruikt in de analyses. Echter, niet alle creditrecords kunnen zo worden gematcht en er blijven creditrecords over: voor 2012 gaat het om 5.465 records (0,05% van het totaal aantal records; ter waarde van 9,5 miljoen euro). Voor 2013 betreft het 544 credit records (0,004% van het totaal aantal records; ter waarde van 0,8 miljoen euro). Deze records worden meegenomen in de verdere analyses.

Net als in het onderzoek naar onregelmatigheden in andere zorgsegmenten, introduceren we het begrip **netto aantal records**: het aantal records met een positief bedrag minus het aantal records met een negatief bedrag. Er zijn ook records in de data bestanden met een bedrag gelijk aan 0; daarom is het mogelijk dat het terugrekenen naar het bruto aantal records en/of het aantal positieve records ogenschijnlijk niet klopt.

In dit onderzoek is niet getracht verschillen tussen zorgkantoren op te sporen. Hun prudentie en oplettendheid (van de IT-systemen en hun medewerkers) zullen ongetwijfeld verschillen. Doordat hier de gegevens van nagenoeg alle declaraties beschikbaar zijn (alleen de gegevens van een deel van de verzekerden met een indicatie van Bureau Jeugdzorg ontbreken), kan worden nagegaan of er verschillen in declaraties van dezelfde zorgaanbieder zijn bij verschillende zorgkantoren. Dit was niet het doel van het onderzoek.

De beschikbare gegevens over het persoonsgebonden budget hebben uitsluitend betrekking op 2012. Het gaat om gebudgetteerde bedragen per verzekerde. In het bestand over het persoonsgebonden budget voor 2012 bevinden zich 425.145 records voor een totaal bedrag van 2,7 miljard euro. Er kwamen nauwelijks records voor met de waarde 0 (zes in totaal).

Niet alle zorg wordt op persoonsniveau gedeclareerd. Dit geldt voor zaken die niet op persoonsniveau kunnen worden gedeclareerd maar ook voor sommige ZG-prestaties. De hiervoor gedeclareerde bedragen blijven dus – omdat ze ontbreken in de beschikbare databestanden – buiten beeld.

1.6. Gebruikte toetsen, analysetechnieken en zoekmethoden

Het zoeken naar anomalieën is geenszins een “*in the blind*”- doorzoeken van de data. Er wordt gericht gezocht op basis van wat al bekend is op het terrein van fraude in ZIN en PGB. Echter, lang niet alles is zichtbaar in declaratiebestanden. Daarbij is gebruik gemaakt van de kennis van domeinexperts, de kennis van fraude experts en de kennis opgedaan in andere succesvolle detectie projecten. Los daarvan kijken een aantal projectmedewerkers met een frisse en onbevangen blik naar de data om tunnelvisie en *framing* te voorkomen in dit project.

In de appendices worden overzichten gegeven van toetsen die door domeinexperts zijn opgesteld voor de zorgsegmenten (appendix 3). De inspiratiebronnen voor deze toetsen worden gevormd door grondige domeinkennis, door kennis over declaratie- en registratieregels, door bekende overtredingen en door vermoedens over overtredingen.

¹² Een AGB-code is een unieke code die een zorgaanbieder nodig heeft voor identificatie in de verschillende (digitale) processen binnen de zorg. Instellingen kunnen over meerdere zorgaanbieders, en dus AGB-codes, beschikken en kunnen daarom onder verschillende AGB-codes declareren.

Deze toetsen bleken zeer nuttig te zijn in de detectie. Bij sommige van die toetsen bleken weinig overtredingen te worden gevonden (in aantal of omvang van het te veel gedeclareerde bedrag), andere toetsen lieten forse aantallen en bedragen zien. De opbrengst van deze laatste toetsen wordt gepresenteerd. Soms werden opmerkelijke uitkomsten gevonden maar kan (nog) niet met 100% zekerheid worden geconcludeerd dat dit echte onregelmatigheden zijn. Deze resultaten worden wel beschreven maar zijn vervolgens niet meegenomen bij de berekening van het totaal aan onregelmatigheden.

1.7. Beschrijving van de structuur van dit rapport

De structuur van dit rapport geeft de werkwijze goed weer: na een algemene beschrijving van de beschikbare variabelen en de kwaliteit ervan, volgen de resultaten van een exploratieve analyse. Daar komen aantal patiënten, gedeclareerd bedrag, aantal declaraties, gemiddeld bedrag per declaratie, gemiddelde per patiënt, zorgaanbieder, etc. aan de orde.

Daarna wordt gerapporteerd over de uitslagen van de toetsen die gericht zijn op het opsporen van overtredingen van declaratie- en registratieregels. Niet alle toetsen leveren evenveel op in geld uitgedrukt. Enkele toetsen leiden tot hoge bedragen, andere toetsen leiden tot kleinere bedragen en aantallen gedetecteerde overtredingen. Zij verdienen overigens ook de aandacht omdat ze experts op het spoor kunnen zetten van systematische overtredingen en afwijkend beleid. De toetsen die relatief niet veel geld op leveren (dat wil zeggen: minder dan 100.000 euro per jaar), komen in dit rapport niet echt aan de orde hoewel ze gezamenlijk voor een substantieel bedrag kunnen zorgen.

Vervolgens wordt stilgestaan bij de resultaten van vijf anomalie detecties die voor ZIN zijn uitgevoerd, zie paragraaf 3.4. In hoofdstuk 4 brengen we de meest belangrijke resultaten samen.

Bij de rapportage van zowel detailgegevens als meso/macro-uitkomsten is rekening gehouden met vertrouwelijkheid. Wanneer de rapportage kan leiden tot identificatie van de behandelaar of de instelling – voor zover die identificatie niet uit andere externe bronnen is af te leiden – is de rapportage versoerd. Overigens is uitgebreide detailinformatie aan de NZa ter beschikking gesteld.

2. Algemene resultaten en gegevens

2.1. Overzicht van variabelen

Voor een uitgebreide toelichting op de data waarop de detectie is gebaseerd, zie appendix 2. Het gaat om goedgekeurde declaratierecords. Door te aggregeren kan inzicht per verzekerde worden verkregen, net als inzicht per zorgaanbieder, per prestatiecode, per kwartaal, per jaar, etc., etc. Voor PGB geldt dat het om gebudgetteerde bedragen gaat.

Het aantal records voor dit onderzoek is voor de ZIN circa 15 miljoen en voor PGB circa 425 duizend. Voor PGB ontbreken declaratiebestanden over 2013.

We gaan vanaf hier uit van het netto aantal records tenzij expliciet anders aangegeven; voor een beschrijving zie paragraaf 1.5. Merk op dat correctieboekingen alleen voorkomen bij de declaratiebestanden van de ZIN.

2.2. Kwaliteit van de gegevens

Deze paragraaf geeft een overzicht van de kwaliteit van de beschikbare gegevens. Daarbij gaan we in op volledigheid van de databestanden, de vulling van diverse belangrijke datavelden, consistentie van variabelen en de verdeling ervan. Ook gaan we in op de mate waarin gegevens overeen komen in de verschillende bestanden. De eindconclusie is dat de kwaliteit van de beschikbare gegevens voldoende is om een goede analyse naar onregelmatigheden op te baseren. In de aanbevelingen (hoofdstuk 4) gaan we dieper in op de kwaliteit van de gegevens.

Wanneer we het totaal aantal beschikbare records (debet en credit) over 2012 vergelijken met die van 2013, komen we tot de conclusie – hetgeen bevestigd wordt door Vektis – dat het databestand over 2013 nog niet compleet is. Duidelijk is te zien in tabel 2.1 dat het percentage dat ontbreekt nogal verschilt wanneer men uitgaat van het aantal records, het aantal verzekerden (BSN) of het gedeclareerde bedrag. Dat loopt uiteen van 3,7% tot 11,0%.

Jaar	Totaal aantal records	Als percentage van 2012	Totaal aantal BSN	Als percentage van 2012	Totaal gedeclareerd (= debet en credit) in miljoenen euro's	Als percentage van 2012
2012	15.144.826	100,0	826.737	100,0	20.202,1	100,0
2013	14.314.195	94,5	795.999	96,3	17.981,6	89,0

Tabel 2.1. Overzicht van het totaal aantal records in de Vektis-bestanden, 2012-2013

Omdat een deel van declaratiegegevens over 2013 nog niet beschikbaar was, zullen we de totaalresultaten bijschatten door gebruik te maken van de verhouding tussen het aantal patiënten in 2012 en 2013. Dit betekent een bijschatting met een factor $826.737/795.999 = 1,04$.

Zoals beschreven is in paragraaf 1.5 zijn de verschillende databestanden niet opgesteld voor detectie doeleinden. Dat levert soms problemen op in de analyse.

Een obstakel vormt het verschijnsel dat bij sommige variabelen men niet eenduidig (ondanks de richtlijnen hiervoor) invult in minuten, uren of (verschillende soorten) dagdelen. Dit wordt het duidelijkst zichtbaar in het aantal prestaties dat wordt gedeclareerd. Daar waar dit verantwoord mogelijk was, zijn voor de detectie deze invulfouten gecorrigeerd.

Een overzicht van enkele variabelen wordt in tabel 2.2 gepresenteerd. Het gesignaleerde lage aantal overledenen in 2013 wordt veroorzaakt doordat de databestanden over 2013 nog niet compleet zijn.

Jaar	Aantal verzekerden	Aantal overledenen	Gemiddelde leeftijd
2012	826.737	114.450	68,5
2013	795.999	75.665	68,3

Tabel 2.2. Overzicht van een aantal variabelen, Vektis, 2012-2013

Om de kwaliteit van de data te controleren is onderzocht in hoeverre de verzekerden ook terug te vinden zijn in de databestanden van huisartsen, mondzorg, farmacie, fysiotherapie en medisch specialistische zorg¹³. Dit gaf het volgende overzicht, zie tabel 2.3. Het percentage patiënten dat een huisarts bezocht is circa 90% en circa 80% komen we tegen bij de apotheken. Het bezoek aan tandartsen bedraagt circa 30% wat herkenbaar is. Ook het voorkomen van circa 60% van de patiënten in de declaratiebestanden van de ziekenhuizen is niet opmerkelijk. Datzelfde geldt voor de declaraties voor fysiotherapie. We concluderen hieruit dat er niet systematisch groepen patiënten worden gemist in de ZIN-declaratiebestanden.¹⁴

Jaar	Percentage dat terug te vinden is in huisartsen data	Percentage dat terug te vinden is in mondzorg data	Percentage dat terug te vinden is in farmacie data	Percentage dat terug te vinden is in fysiotherapie data	Percentage dat terug te vinden is in MSZ data
2012	90,0	28,2	82,8	35,7	62,6
2013	91,5	30,7	84,1	34,1	61,3

Tabel 2.3. Overzicht van de mate waarin personen in de AWBZ terug te vinden zijn in declaraties in andere zorgsegmenten, 2012 – 2013

Duidelijk is te zien in tabel 2.4 dat sommige zorgaanbieders wel een heel hoog percentage correctieboekingen hebben. Dit betekent dat *straight-through-processing*¹⁵ hier nog niet goed geïmplementeerd is en efficiëntieverbetering mogelijk is. Er zijn geen aanwijzingen naar een te veel gedeclareerd bedrag, noch in 2012, noch in 2013.

¹³ Zie ook het te verschijnen Eindrapport Onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie, GGZ, fysiotherapie en medisch specialistische zorg.

¹⁴ Wel missen we een deel van de declaraties van verzekerden met een indicatie van Bureau Jeugdzorg.

¹⁵ *Straight-through-processing* (STP) is een maat uit het domein van de optimalisatie van bedrijfsprocessen die aangeeft hoe groot het percentage is dat in één keer goed verwerkt wordt. Bij een hoge STP is nauwelijks nog re-work of het herstellen van gemaakte fouten meer nodig.

Percentage correctierecords 2012	Gedeclareerd per patiënt 2012 in euro	Percentage correctierecords 2013	Gedeclareerd per patiënt 2013 in euro
43,6	13.028	44,5	47.211
42,3	20.980	40,3	30.912
38,9	33.306	37,8	14.195
36,5	57.086	37,7	32.436
36,1	11.038	36,7	40.079
34,9	8.184	36,4	4.428
34,4	19.931	35,5	2.260
33,8	26.904	35,2	8.823
33,2	7.628	35,1	51.311
33,2	10.722	33,9	22.678

Tabel 2.4. Top 10 van AGB's met het hoogste percentage correctierecords, AGB's met minstens 10 patiënten, 2012 – 2013

Met toets 45 krijgen we inzicht in de consistentie van berekeningen. We gaan na op declaratieniveau of het berekend bedrag in de bestanden gelijk is aan het product van het aantal uitgevoerde prestaties en het tarief. Dit blijkt slechts in een klein aantal gevallen te verschillen (in 2012: 903 declaraties en in 2013 4.366 declaraties). Dit verschil op declaratieniveau kan positief of negatief zijn. Echter, wanneer we sommeren over alle declaraties binnen een jaar dan constateren we dat het berekend bedrag hoger is dan het product van het aantal prestaties en het tarief. Het berekende bedrag in de databestanden is het bedrag dat daadwerkelijk gedeclareerd is. Het betekent dat er 0,2 miljoen euro te veel geaccordeerd is aan declaraties door de zorgkantoren in 2012. Voor 2013 is dit een bedrag van 1,9 miljoen. Deze resultaten worden meegenomen in de totaalstelling van te veel gedeclareerd.

Tabel 2.5 geeft een overzicht van de toetsen op de kwaliteit van de databestanden. Allesoverziende laten de resultaten van de toetsen die gericht waren op de kwaliteit en consistentie van de gegevens zien dat de registratie over het algemeen in orde is. Daarmee is de weg vrij voor de exploratieve analyse, het opsporen van overtredingen en de anomalie detectie.

Toets	Toetst op	Resultaat	Opmerkingen
43	Einddatum ná begindatum prestatie	In orde	
44	Prestatiecodes herleidbaar naar codelijst Vektis	Voor 2012 begrijpelijke verschillen. Voor 2013 helemaal in orde.	
45	Is het berekend bedrag gelijk aan aantal maal tarief?	Over het algemeen is dit in orde. In 2012 0,2 miljoen euro te hoog, in 2013 1,9 miljoen euro.	Is meegenomen in totaalstelling, zie paragraaf 3.5.
46	Is declaratie kleiner of gelijk aan het berekend bedrag?	Is in orde.	
47	Eurocenten-euro's: zijn er declaraties waarbij abusievelijk centen zijn ingevuld ipv euro's? Dat is dan te zien aan veel zeer dure patiënten met bijvoorbeeld een gedeclareerd bedrag op jaarbasis >250k euro	Geen fouten gevonden. Wel enkele zeer dure patiënten.	Komt terug in paragraaf 3.4.4.
48	Vallen de prestaties in het juiste tijdsinterval?	In nagenoeg alle gevallen klopt dit.	
49	Zijn er systematische fouten m.b.t. leeftijd?	In orde. Ja, er is een piekje bij geboortjaar 1900.	Niet problematisch voor de analyses.
50	Aantal correcties en de aard ervan, per AGB		Zie ook tabel 2.4 en paragraaf 3.3.11.
51	Declaraties van patiënten in het buitenland	In orde. Geen noemenswaardigheden.	

Tabel 2.5. Overzicht van de toetsen gericht op de kwaliteit van de data

3. Overzicht van de resultaten

3.1. Inleiding

In deze paragrafen worden zowel de uitkomsten van de exploratieve analyses gegeven (paragraaf 3.2) als de resultaten van het onderzoek naar overtredingen (paragraaf 3.3). Daarna worden in paragraaf 3.4 de resultaten van de anomalie detectie gepresenteerd. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een paragraaf waar alle resultaten worden samengebracht.

3.2. Resultaten van de exploratieve analyse

3.2.1. Verzekerden

In het databestand van de Zorg in Natura (ZIN) 2012 bevinden zich 826.737 verzekerden. Zoals eerder beschreven is het databestand van 2013 nog niet compleet; voor de analyses hebben we de beschikking over de gegevens van 795.999 verzekerden voor dat jaar. In 2012 is circa 20 miljard euro gedeclareerd.

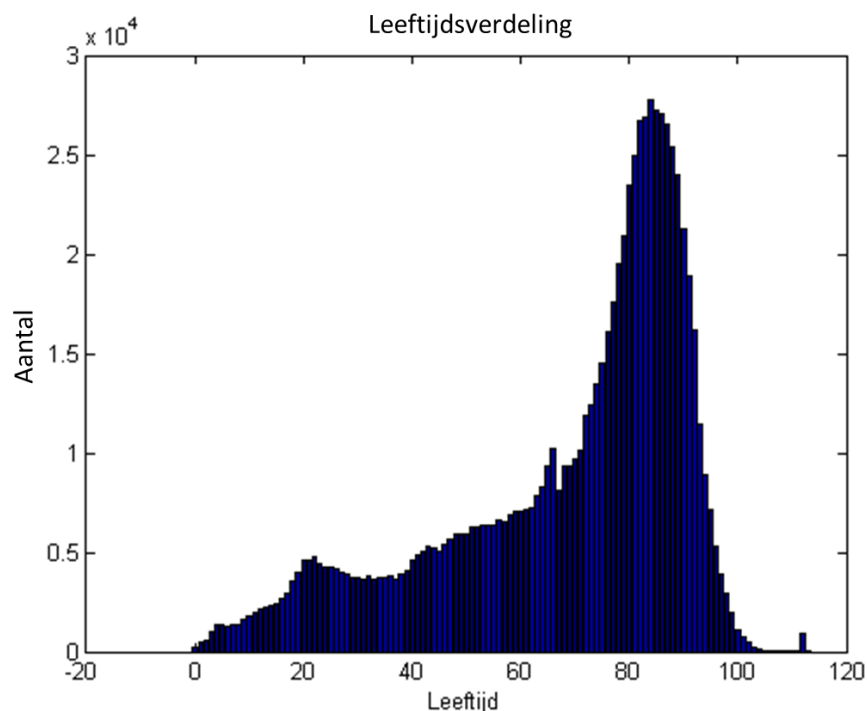
In de databestanden treffen we verzekerden aan waarbij het Burgerservicenummer gelijk aan "0" is. Het kan hier gaan om een specifieke groep verzekerden die in een bijzondere instelling verblijft zoals in een Blijf-van-mijn-Lijf-huis. Het gemiddeld gedeclareerd bedrag per record van deze groep personen verschilt niet veel van het gemiddelde van de records waarbij het Burgerservicenummer wél beschikbaar is.

De verdeling van het bedrag dat gemiddeld gedeclareerd is, is erg scheef. Dat is te zien aan het feit dat het rekenkundig gemiddelde (voor 2012 24.436 euro) ver af ligt van de mediaan die in dat jaar 12.518 euro bedraagt. Tabel 3.1 geeft een overzicht van enkele variabelen. Het grotere aantal patiënten waarbij het encrypte BurgerServiceNummer gelijk aan 0 is, kan te wijten zijn aan correcties die nog moeten volgen.

Jaar	Aantal patiënten	Gemiddeld aantal records (debet en credit) per patiënt	Totaal gedeclareerd in miljoen euro's	Aantal records waarvan BSN = 0	Gemiddeld gedeclareerd per record met BSN = 0 in euro	Gemiddeld gedeclareerd per record in euro	Gemiddeld gedeclareerd per patiënt in euro	Mediaan gedeclareerd per patiënt in euro
2012	826.737	18,3	20.202,1	61.552	1.068	1.334	24.436	12.518
2013	795.999	18,0	17.981,6	86.196	1.228	1.256	22.590	11.327

Tabel 3.1. Overzicht van enkele variabelen van de Vektis-bestanden, Zorg in Natura, 2012 – 2013

De leeftijdsopbouw van de verzekerden in het bestand over 2012 wordt in figuur 3.1 gegeven. Duidelijk is een piek te zien rond de leeftijd van 112 jaar. Er zijn 912 patiënten met geboortjaar 1900. Dit is opmerkelijk hoog en wordt hoogstwaarschijnlijk veroorzaakt omdat 1900 als default waarde is gehanteerd bij het invullen van het geboortjaar. Bij test 49 is dieper ingegaan op patiënten geboren vóór 1900, zie paragraaf 2.2 en appendix 6.



Figuur 3.1. Frequentie van de leeftijden van de verzekerden in het ZIN-bestand, 2012.

Sommige verzekerden hebben opmerkelijk veel declaraties Zie hiervoor tabel 3.2 waar de top 10 per jaar wordt gegeven. Gelijke kleuren geven dezelfde patiënten aan.

Aantal records in 2012	Aantal records in 2013
806	670
764	657
722	632
690	626
679	570
678	568
673	567
643	558
622	556
593	542

Tabel 3.2. Top 10 van verzekerden met het hoogste aantal declaraties in de declaratiebestanden, ZIN, 2012 – 2013 (gelijke kleuren geven dezelfde patiënten aan)

De patiënt met in 2012 806 declaraties blijkt een patiënt waarvoor meerdere extramurale prestaties op dagbasis zijn gedeclareerd. Het totaal gedeclareerde bedrag blijft daarbij beperkt tot normale omvang. Dit geldt tevens voor de patiënt waarvoor in 2013 670 declaraties zijn uitgevoerd. Daarnaast geldt voor beide patiënten dat er sprake is van veel correctieregels. Niet al deze correcties komen overeen met een eerdere declaratie, waardoor het niet mogelijk is om de declaratieregels te ontdebelen. Dit verklaart het hoge aantal declaraties bij deze twee patiënten. Opmerkelijk is verder dat er drie dezelfde patiënten in de top 10 van zowel 2012 als 2013 staan.

3.2.2. Zorgaanbieders (AGB, uitvoerders)

In tegenstelling met wat verwacht werd, en in tegenstelling tot de GGZ, wordt de top van de AWBZ-instellingen niet steeds gedomineerd door dezelfde instellingen. Tabel 3.3 geeft een overzicht van de top 10 van de instellingen (AGB) wat betreft het totaal aantal declaraties (debet en credit). Gelijke kleuren geven dezelfde instelling (dat wil zeggen AGB-code) aan. Merk op dat zorgaanbieders met verschillende AGB's kunnen declareren wat dit overzicht vertroebelt. In 2012 treffen we 3.665 AGB-codes aan (zorgaanbieders), in 2013 gaat het om 4.006 AGB-codes.

Totaal aantal records (debet en credit) 2012	Totaal bedrag in euro's 2012	Gemiddeld bedrag per patiënt (netto records) in euro's 2012	Totaal aantal records (debet en credit) 2013	Totaal bedrag in euro's 2013	Gemiddeld bedrag per patiënt (netto records) in euro's 2013
212.253	97.227.146	6.088,87	315.123	145.342.797	38.097,72
164.539	170.449.581	44.890,59	185.654	104.081.754	6.565,43
111.733	48.803.326	5.603,78	165.644	49.467.408	6.052,54
108.793	55.188.452	7.601,72	126.576	82.719.164	56.042,79
99.543	47.665.596	6.629,43	109.148	43.209.954	5.201,63
96.286	99.422.310	45.048,62	103.339	74.837.415	29.142,30
94.213	70.031.704	60.320,16	98.615	28.098.482	4.918,34
89.963	32.095.462	6.310,55	95.822	54.031.983	25.049,60
83.671	58.450.886	28.182,68	94.649	26.825.038	5.255,69
83.561	47.713.250	6.868,18	92.996	43.321.028	6.405,59

Tabel 3.3. Overzicht van de 10 meest voorkomende instellingen (AGB) en de frequentie van het totaal aantal records, 2012 – 2013

De top vijftien van de instellingen zorgen in 2012 voor 10,2% van het totaal aantal records, in 2013 is dit 12,8%.

Er zijn grote verschillen tussen zorgaanbieders (o.a. door specialisatie en door geleverde zorg: van klein en beperkt tot uitgebreid) waardoor ook het gemiddelde gedeclareerde bedrag per verzekerde dat een zorgaanbieder (AGB) declareert verschilt. Voor 2012 geldt dat de zorgaanbieder met het hoogste gemiddelde per verzekerde (€ 187.327,10) in dat jaar in totaal 17,8 miljoen euro declareerde. Het beeld in 2013 is anders: aan kop staat daar een zorgaanbieder die voor één verzekerde € 126.391,06 declareerde. Op plaats twee treffen we een instelling aan die gemiddeld per verzekerde € 123.213,80 declareerde, voor een totaal bedrag van 6,7 miljoen euro.

Sommige instellingen (AGB) hebben veel patiënten, zie tabel 3.4 waarin de top 10 wordt gegeven. Deze top 10 is beide jaren nagenoeg hetzelfde. In eerdere tabellen is met kleuren aangegeven welke cellen in de tabel met elkaar overeenkomen: een gelijke kleur gaf dezelfde instelling aan. In tabel 3.4 is hiervan afgezien omdat de samenstelling van de top 10 in beide jaren bijna aan elkaar gelijk is. Ook moet bedacht worden dat sommige concerns meerdere AGB-codes hebben en daar ook op kunnen declareren.

Aantal patiënten in 2012	Aantal patiënten in 2013
15.968	15.853
8.709	8.307
7.260	8.173
7.190	7.187
6.947	6.763
6.858	6.349
6.692	6.331
6.655	6.089
6.473	5.887
5.823	5.713

Tabel 3.4. Overzicht van de top 10 van de AGB's met de meeste patiënten, 2012 – 2013

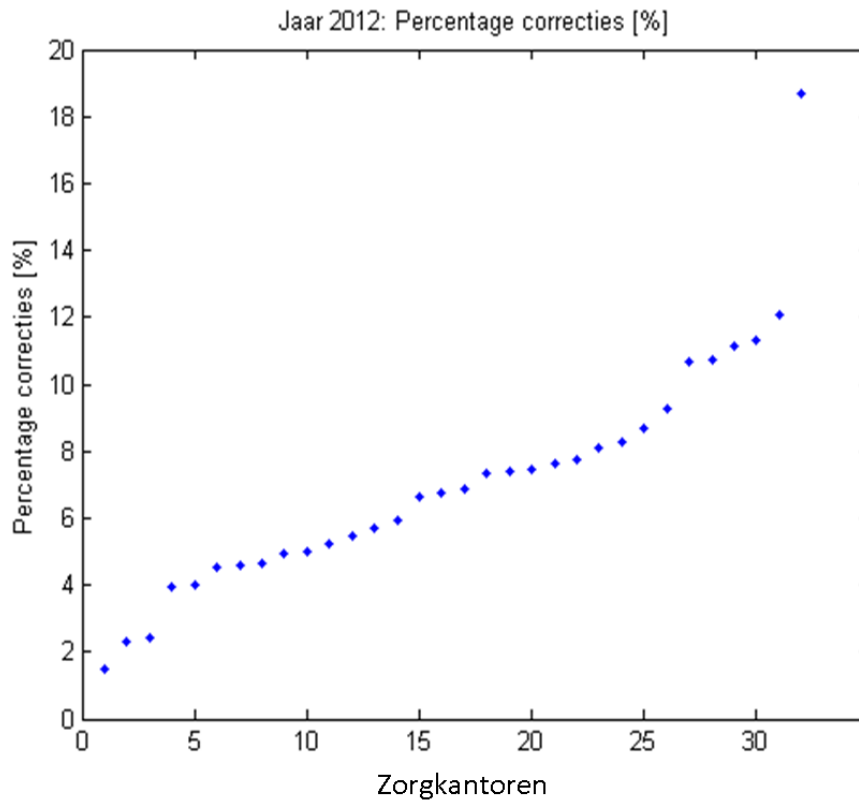
De declaratiedichtheid, dat wil zeggen het gemiddeld aantal declaraties per patiënt is hoog. In tabel 3.5 wordt de top 10 van zorgaanbieders gegeven. Zo is af te lezen dat bovenaan in 2012 een zorgaanbieder staat waarvoor geldt deze voor zijn patiënten gemiddeld bijna 186 netto declaraties heeft ingediend. Dergelijke hoge gemiddelden zijn opvallend omdat het gemiddeld aantal netto declaraties per patiënt 12,6 (2012) en 12,8 (2013) is.

Gemiddeld aantal declaraties per patiënt 2012	Gemiddeld aantal declaraties per patiënt 2013
185,9	245,1
172,4	189,3
146,0	177,5
116,2	130,4
114,9	112,4
109,9	111,3
100,5	103,0
83,3	98,5
76,2	79,4
71,3	77,2

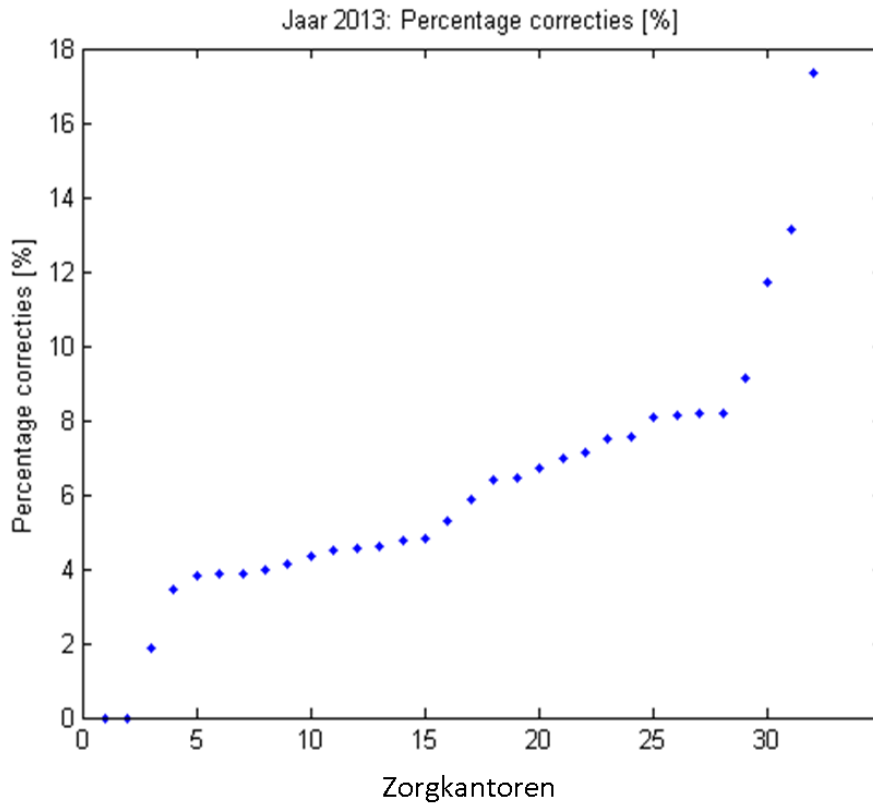
Tabel 3.5. Overzicht van de top 10 van de AGB's met het hoogste gemiddeld aantal netto declaraties per patiënt, AGB's met minstens 2 patiënten, 2012 – 2013, gelijke kleuren geven dezelfde AGB aan.

3.2.3. Zorgkantoren

Alle declaraties lopen via de zorgkantoren. In totaal zijn er 32 zorgkantoren die regionaal opereren. De bevolkingssamenstelling van de regio die bediend wordt, wordt weerspiegeld in het totale budget en ook in het bedrag per patiënt. Analyses voor verschillende zorgkantoren zijn uitgevoerd maar worden hier verder niet besproken. Een voorbeeld van een resultaat voor de analyse per zorgkantoren is de grafische weergave in figuren 3.2 en 3.3 die laten zien hoe de zorgkantoren onderling verschillen ten aanzien van het percentage correcties.

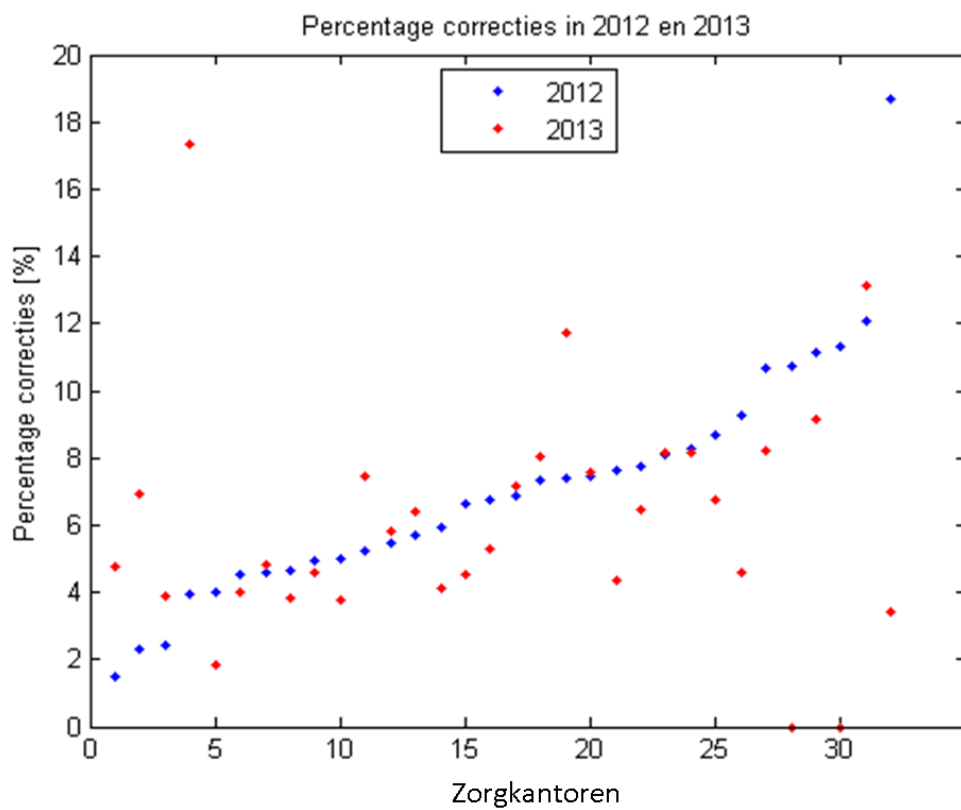


Figuur 3.2. Overzicht van het percentage correctierecords per zorgkantoor, 2012



Figuur 3.3. Overzicht van het percentage correctierecords per zorgkantoor, 2013

In figuur 3.4 wordt voor elk zorgkantoor afzonderlijk het percentage correctierecords van zowel 2012 als 2013 gegeven. De blauwe punten geven de waarde van 2012 aan, de rode punten voor 2013. Wanneer de rode punten onder de blauwe punten liggen kan dit erop wijzen dat er wellicht betere computersystemen en controles in werking zijn of dat het aantal correctierecords (zoals eerder is beschreven) nog niet compleet is. Zie bijvoorbeeld de zorgkantoren met nummer 28 en 30. Wanneer de rode punten boven de blauwe liggen, kan dit wijzen op een betere/strengere controle van de records in 2013 die aangeleverd zijn.



Figuur 3.4. Overzicht van het percentage correctierecords per zorgkantoor, 2012 en 2013

3.3. Resultaten van de overtreding van declaratie- en registratieregels

3.3.1. Inleiding

Deze paragraaf beschrijft het onderzoek naar overtredingen in declaratie- en/of registratieregels in Zorg in Natura (ZIN) over de jaren 2012 en 2013. De resultaten van deze toetsen worden in paragraaf 3.5 samengebracht met de resultaten van de anomalie detectie die in paragraaf 3.4 worden beschreven.

Voor de duidelijkheid wordt in elke deelparagraaf ook het toetsnummer vermeld; dit komt ook in de samenvattende tabellen naar voren. In appendix 3 wordt een overzicht gegeven van de toetsen en deze nummering is conform.

3.3.2. Zorg in Natura is gedeclareerd terwijl indicatie ontbreekt, toets 13

Onderzocht is voor welke personen in het declaratiebestand van ZIN een indicatie voor dat betreffende jaar ontbreekt. Met andere woorden: er is zorg gedeclareerd waarbij de indicatie ontbrak. Echter, er zijn sommige groepen patiënten waarvoor geen indicatie vanuit CIZ vereist is. Hieronder vallen de niet-geïndiceerde partners (prestatiecode Z995) en personen onder de 18 jaar in de GGZ. Daarom is er voor gekozen om de hele groep personen onder de 18 jaar uit te sluiten van deze toets. Dit leidt tot een onderschatting van het te veel gedeclareerd bedrag.

In 2012 betrof het 3.116 personen waarvan de indicatie ontbreekt terwijl het in 2013 om 2.671 personen ging. Voor 2012 gaat het om bedrag van 88,4 miljoen euro, in 2013 om 56,8 miljoen euro. We kunnen niet stellen dat dit een te veel gedeclareerd bedrag is. Voor een aantal prestaties is immers geen indicatie vereist. Deze toets is daarom veeleer een exploratieve toets en deze resultaten worden niet meegenomen in de totaaltellingen. Het te veel gedeclareerde bedrag komt naar voren in de harde toetsen 28, 29 en 30.

3.3.3. Declaratie hoger dan het maximale beleidsregelwaarde, toets 14 en 15

Het gedeclareerde bedrag (exclusief de Normatieve Huisvestingscomponent NHC) mag niet hoger zijn dan de maximale beleidsregelwaarde zoals deze opgenomen is in de beleidsregels van de NZa. Er is gezocht naar declaraties met een hoger tarief dan volgens de NZa is toegestaan. Dit is voor verschillende prestatiecodes en bijbehorend tarief uitgevoerd.

Per zorgaanbieder wordt een individuele tariefbeschikking afgegeven door de NZa. Hierop zijn de tarieven weergegeven, die na onderhandeling tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder en de beoordeling van de NZa tot stand zijn gekomen. Deze tarieven kunnen niet hoger zijn dan de maximale beleidsregelwaarden, zoals vastgesteld door de NZa. Er is sprake van een tariefdelict als afgeweken wordt van het tarief zoals aangegeven is op de individuele tariefbeschikking. Met deze toets wordt alleen de vergelijking met de beleidsregelwaarden gemaakt. De uitkomsten zijn daardoor een onderschatting van het te veel gedeclareerde bedrag.

Uit de analyse van deze toets op de Vektis-data blijkt dat er – ondanks de Regeling Declaratievoorschriften AWBZ-zorg – niet op uniforme wijze wordt omgegaan met (de declaratie van) de Normatieve Huisvestingscomponent. Daarom wordt toets 14 samengenomen met toets 15.

Bij toets 15 berekenen we per instelling het aantal declaraties met een hoger tarief dan het tarief voor loon, materieel (ZZP) plus de kapitaallasten (NHC) dan toegestaan is.

Voor 2012 vinden we een totaalbedrag boven het maximale tarief ter waarde van 29,3 miljoen euro terwijl dit voor 2013 0,3 miljoen euro is. Blijkbaar heeft het declaratieproces via de AW319 in 2013 meer aandacht gekregen. De voornaamste “boosdoeners” in 2012 zijn H126 (Persoonlijke verzorging voor 18,5 miljoen: dit komt voor een groot deel omdat het uurtarief gehanteerd is maar ‘aantal’ in minuten is aangeleverd. Hierdoor is het bedrag dat gedeclareerd is dus 60 maal te hoog), Z930 (Opslag kapitaallasten Verstandelijk gehandicapten voor 3,2 miljoen: dit komt doordat tarief op basis van 100% is gedeclareerd in plaats van 90%) en H104 (Verpleging voor 2,8 miljoen: zie ook de reden zoals beschreven bij H126).

3.3.4. Niet-valide combinaties van geleverde zorg, toets 16

Een aantal prestaties mag niet met elkaar worden gecombineerd. Per patiënt is in de Vektis-data nagegaan of er niet-toegestane combinaties van prestatiegroepen (zie appendix 4) zijn gedeclareerd over dezelfde tijdsperiode. Hiervan is bijvoorbeeld sprake als voor een patiënt zowel een intramurale als een extramurale prestatie wordt gedeclareerd in dezelfde tijdsperiode, waarbij er een aantal uitzonderingen zijn.

Een blauwe cel (in de betreffende tabel in appendix 4) geeft aan dat dit een niet-toegestane combinatie van gedeclareerde zorg is. Bij een oranje cel is er sprake van een niet-toegestane declaratie wanneer de aanbieder hetzelfde is. Echter, omdat een aanbieder onder verschillende AGB-codes kan declareren, zijn de bedragen die gemoeid zijn met de niet-toegestane combinaties die we detecteren op basis van de AGB-code, een ondergrens.

Bij een groene cel is de combinatie niet toegestaan wanneer het om een andere zorgaanbieder gaat. Echter, omdat een zorgaanbieder soms onder verschillende AGB-codes kan declareren, weten we bij een groene cel niet voor 100% zeker of de zorgaanbieder ook daadwerkelijk verschillend is. Daarom kunnen we in dit laatste geval niet met 100%-zekerheid stellen dat bedragen onterecht gedeclareerd zijn.

Het te veel gedeclareerde bedrag wordt berekend door de prestatiecode met het laagste tarief te vermenigvuldigen met het bijbehorend volume. Vervolgens worden alle te veel gedeclareerde bedragen gesommeerd. Dit is een conservatieve rekenmethode dat wil zeggen dat het totaal te veel gedeclareerde bedrag wordt onderschat.

Soms maakt het niet uit wie de zorgaanbieder is: de combinatie is gewoon niet-valide (de blauwe cellen). We vinden voor 2012 een te veel gedeclareerd bedrag van 40,0 miljoen euro en voor 2013 een bedrag van 14,9 miljoen euro.

Daarnaast is het mogelijk dat de zorgaanbieder dezelfde is (de oranje cellen); we vinden een te veel gedeclareerd bedrag van 1,5 miljoen euro voor 2012 en 0,9 miljoen voor 2013. Dit is de eerder genoemde ondergrens.

In tegenstelling tot de tabel in appendix 4 zijn de prestatiegroepen 1 en 3 (verblijfsprestaties) tegen alle aanbieders getoetst in plaats van enkel tegen dezelfde aanbieder, immers iemand verblijft niet tegelijkertijd in twee of meer instellingen. Het verschil tussen prestatiegroepen 1 en 3 is het onderdeel in- of exclusief dagbesteding. Het is niet toegestaan om voor één patiënt gelijktijdig twee of meer verblijfdagen te declareren. Het maakt daarbij niet uit of de declaratie door één of door verschillende zorgaanbieders wordt gedaan¹⁶.

De sommatie over de blauwe en oranje cellen (met identieke AGB-codes) levert voor 2012 een te veel gedeclareerd bedrag op van 41,5 miljoen euro en voor 2013 een bedrag van 15,8 miljoen euro. Voor 2012 en 2013 wordt ongeveer de helft van het te veel gedeclareerde bedrag veroorzaakt door de combinatie van prestatiegroep 1 (intramuraal incl. dagbesteding) met prestatiegroep 1. De combinatie van prestatiegroep 3 (intramuraal excl. dagbesteding) en prestatiegroep 8 (dagbesteding extramuraal) staat in beide jaren op de tweede plek. Deze resultaten zijn een ondergrens omdat de groene cellen niet zijn meegenomen en ook een deel van de oranje cellen buiten beeld blijft.

3.3.5. Niet-valide gelijktijdige combinaties van toeslagen, toets 17

Deze toets richt zich op gelijktijdige combinaties van toeslagen. Hierbij is per patiënt in de Vektis-data nagegaan of er gelijktijdig combinaties van toeslagen worden gedeclareerd die niet zijn toegestaan. Ook hiervoor is een matrix gehanteerd, zie appendix 4. De blauwe cellen geven aan wanneer combinaties niet-valide zijn.

Het te veel gedeclareerde bedrag wordt berekend door het tarief van de laagste prestatiecode te vermenigvuldigen met het bijbehorend volume. Vervolgens worden alle te veel gedeclareerde bedragen gesommeerd. We vinden voor 2012 een te veel gedeclareerd bedrag van 0,1 miljoen euro. Voor 2013 gaat het om 0,04 miljoen.

3.3.6. Verplichte combinatie tussen aanvullende prestaties en hoofdprestaties, toets 18

De matrix Aanvullende prestatie-Hoofdprestatie geeft de verplichte combinaties aan bij een aantal prestaties, zoals toeslagen, vervoer, dagbesteding, kapitaallasten, etc. en de hoofdprestaties op basis waarvan de aanvullende prestatie gedeclareerd mag worden. Hier is paralleliteit vereist: de prestaties mogen alleen gezamenlijk voorkomen. Als de verplichte onderliggende prestatie ontbreekt, is de toeslag onterecht gedeclareerd.

Per patiënt is in de Vektis-data nagegaan of aan deze voorwaarden voor combinaties is voldaan. Het te veel gedeclareerde bedrag wordt berekend door de onterechte toeslagen te vermenigvuldigen met het bijbehorende tarief. Vervolgens worden alle te veel gedeclareerde bedragen gesommeerd.

We vinden voor 2012 een te veel gedeclareerd bedrag van 5,3 miljoen euro. Voor 2013 gaat het om 5,8 miljoen euro. Hierbij moet opmerkt worden dat het bedrag over 2013 wordt beïnvloed door de wijzigingen in de beleidsregel van vervoer in mei 2013. Deze veranderingen zijn niet door alle zorgaanbieders juist en tijdig doorgevoerd in de declaraties. Wanneer we corrigeren voor dit effect, komt het bedrag uit op 2,9 miljoen euro.

¹⁶ De prestatiegroepen 20/21 in combinatie met 20/21 zijn uitgesloten in deze toets. De toetsing op deze groepen vindt plaats in toets 17.

3.3.7. Toeslagen en basisprestaties in onterechte leeftijdscategorie, toets 19

Leeftijdsgebonden toeslagen en prestaties zijn een bekend onderwerp bij het opsporen van onregelmatigheden in de zorg, zie hiervoor ook het rapport over Onregelmatigheden in declaratiebestanden van huisartsen, mondzorg, farmacie en GGZ. Voor deze toets bij ZIN wordt gebruik gemaakt van een tabel waarmee het verband tussen prestaties en toeslagen enerzijds en leeftijd anderzijds kan worden gelegd. Zie hiervoor appendix 4. We toetsen hier door gebruik te maken van de geboortedatum van de patiënt.

Per patiënt is in de Vektis-data nagegaan of de juiste leeftijdsgebonden toeslagen en basisprestaties zijn gedeclareerd. Het te veel gedeclareerde bedrag is als volgt berekend: allereerst is berekend welke gedeclareerde toeslagen en basisprestaties niet voldoen aan de leeftijdsvoorwaarde. Vervolgens is gekeken naar de prestatiecode die gedeclareerd had moeten worden, die voldoet aan de leeftijdsvoorwaarde. In deze gevallen is het tariefverschil tussen beide prestaties als te veel vergoed aangemerkt. Alleen wanneer er geen alternatieve prestatie beschikbaar is, bijvoorbeeld in het geval van een toeslag die alleen geldt voor kinderen, wordt het gehele gedeclareerde bedrag als onterecht gedeclareerd aangemerkt.

Dit leidde tot de observatie dat in 2012 voor 1,6 miljoen euro te veel gedeclareerd is terwijl dit bedrag voor 2013 gelijk is aan 0,8 miljoen euro. De voornaamste “boosdoeners” in 2012 zijn H331, dit betreft behandeling bij een crisissituatie van een (multiprobleem)gezin bij kinderen/jongeren met een verstandelijke handicap die gepaard gaat met een psychische stoornis en ernstig probleemgedrag, voor 1,3 miljoen euro, gevolgd door H891 (Naschoolse dagbehandeling JLVG licht verstandelijk gehandicapte jongeren met ernstig probleemgedrag) met 0,2 miljoen.

Ook in 2013 staan H331 en H891 aan kop met een te veel gedeclareerd bedrag van 0,5 miljoen respectievelijk 0,1 miljoen.

3.3.8. NHC-declaraties in combinatie met juiste prestatie, toets 20, 2013

Kapitaallasten declaraties (NHC) moeten een juiste combinatie hebben met een aantal andere codes. Hiervoor is een uitgebreide tabel gebruikt die ook gehanteerd is bij toets 18 en die overgedragen is aan de NZa. Deze toets is alleen voor 2013 uitgevoerd vanwege het ontbreken van benodigde gegevens in 2012 door een gewijzigde declaratiesystematiek van de NHC-prestaties.

Voor 2013 is per patiënt in de Vektis-data nagegaan of NHC prestaties gedeclareerd zijn in combinatie met een bijbehorende prestatie. Het te veel gedeclareerde bedrag voor 2013 bedraagt 73.577 euro; bij 8.484 declaraties hebben hierbij overtredingen plaatsgevonden.

3.3.9. Meer zorg dan mogelijk is in de tijd, toets 21

Per patiënt kan niet meer zorg gedeclareerd worden dan per jaar, per dag of week mogelijk is. Een jaar heeft immers maar 365 of 366 dagen (schrikkeljaar). Ook het aantal dagdelen en uren in een dag of week is beperkt.

Er is onderzocht (met de Vektis-data en het indicatiebestand) in hoeverre de declaraties in de beschikbare bestanden dit soort tijdsgrenzen en beperkingen overschrijden. Voor de prestatiegroepen 1-5, 6, 7-8 zijn alleen patiënten onderzocht die niet in het indicatiebestand voorkomen; mensen mét een indicatie worden in toets 29 en 30 onderzocht. Op deze wijze wordt overlap tussen de toetsen voorkomen. Voor de andere prestatiegroepen zijn alle patiënten meegenomen. De matrix met prestatiegroepen wordt in appendix 4 gegeven. xyz

We maken een onderscheid in:

- Intramuraal: voor de prestatiegroepen 1 tot en met 5 hanteren we maximaal 366 dagen in 2012 en 365 dagen in 2013.
- Dagbesteding extramurale zorg: voor prestatiegroep 8 maximaal 468 dagdelen per jaar¹⁷.
- Dagbesteding intramurale zorg: prestatiegroep 7 maximaal 468 dagdelen per jaar.
- Dagbesteding extramurale zorg en dagbesteding intramurale zorg: prestatiegroepen 7 en 8 gezamenlijk maximaal 468 dagdelen per jaar.
- Vervoer: prestatiegroepen 13 tot en met 16, en 30: hoe vaak overschrijdt het aantal vervoersprestaties de 366/365-grens?¹⁸ Deze resultaten zijn meegenomen in tabel 3.9.
- Toeslagen: prestatiegroepen 20 en 21, toeslagen intramuraal per prestatiecode zijn maximaal 366 (2012) of 365. Voor de prestatiegroepen 17 tot en met 19 zijn de toeslagen dagbesteding voor totaal van de prestatiecodes maximaal 468.
- Extramurale zorg: Voor prestatiegroep 6: maximaal max hoogste klasse code voor de betreffende functie.

Bij het zoeken naar overschrijdingen van deze totale beschikbare tijdgrenzen is prestatie H100 (ADL-assistentie) uitgesloten; ook zijn prestaties die tijdsafhankelijk zijn, uitgesloten. Hierin gaat het bijvoorbeeld over reiskosten; de koppeltabel (appendix 4) geeft hier een overzicht van.

In tabel 3.6 wordt een overzicht gegeven van de resultaten, gebaseerd op de Vektis-data; het indicatiebestand is gebruikt om patiënten eruit te filteren die bij toets 29 en 30 onderwerp van onderzoek zullen zijn. Dit betekent dat in 2012 voor een bedrag van 6,5 miljoen euro te veel gedeclareerd is. Voor 2013 is dit een bedrag van 0,6 miljoen euro.

¹⁷ Het getal 468 is gebaseerd op 52 (weken) maal 9 dagdelen per week.

¹⁸ Aanvullend is het aantal dagen vervoer ook onderzocht op basis van de volgende berekening: aantal dagdelen dagbesteding (uitgaande van 52 weken per jaar) gedeeld door 2.

Prestatiegroep	2012			2013		
	Aantal patiënten	Totaal aantal dagen c.q. dagdelen/uren te veel gedeclareerd	Totaal te veel gedeclareerd in miljoen euro	Aantal patiënten	Totaal aantal dagen c.q. dagdelen/uren te veel gedeclareerd	Totaal te veel gedeclareerd in miljoen euro
Intramuraal	27	434	0,1	0	0	0,0
Extramurale zorg	2	835	0,0	2	795	0,0
Dagbesteding (7 – 8)	7	202	0,0	1	21	0,0
Vervoer	14	1.655	5,9	7	248	0,4
Toeslagen (17 – 19)	316	10.873	0,4	32	2.049	0,1
Toeslagen (20 - 21)	151	1.584	0,0	7	695	0,0
Meerzorg	Nvt	nvt	nvt	1	370	0,1
Totaal te veel gedeclareerd in miljoen euro			6,5			0,6

Tabel 3.6. Overzicht van het overschrijden van logische begrenzings in de tijd, 2012 - 2013

3.3.10. Declaraties voor en na overlijden van de patiënt, toets 22 en 23

Na het overlijden van een patiënt is het niet toegestaan om nog prestaties te declareren. Er is echter één uitzondering: bij verblijf binnen de V&V sector mag nog maximaal dertien mutatiedagen in rekening worden gebracht. In deze dertien dagen moet de kamer van de overledene ontruimd worden én de kamer gereed gemaakt worden voor een nieuwe client.

Wanneer we met deze uitzondering rekening houden en we per patiënt nagaan of na het overlijden nog zorg wordt gedeclareerd, worden overtredingen zichtbaar.

Dit leverde voor 2012 op dat er 3.499 declaraties (voor 2.452 patiënten) werden gevonden waarbij prestaties, volledig of gedeeltelijk, na datum van overlijden zijn gedeclareerd. Hiermee komt een te veel gedeclareerd bedrag overeen van 1,1 miljoen euro. In 2013 werden 3.507 van zulke declaraties gevonden (2.790 patiënten) voor een totaal bedrag van 1,3 miljoen euro.

Toets 23 richt zich op het declareren van mutatiedagen vóórdat de patiënt overlijdt. In 2012 werden slechts vier van dergelijke records gevonden, voor in totaal 270 euro. In dat jaar werden dus geen opvallende zaken gevonden in tegenstelling tot 2013. In 2013 detecteerden we 876 patiënten die niet-overleden waren en waarvoor mutatiedagen werden gedeclareerd voor in totaal 0,3 miljoen euro. Daarnaast troffen we 103 patiënten aan die in 2013 overleden en waarvoor mutatiedagen vóór overlijden zijn gedeclareerd (voor een bedrag van 0,1 miljoen euro). Een mogelijke verklaring is dat de gegevens over het overlijden in het vierde kwartaal van 2013 nog niet allemaal in het CIZ-bestand zijn verwerkt.

Echter, de regelgeving voor het declareren van mutatiedagen geldt niet alleen bij overlijden maar ook bij verhuizing. Strikt genomen gelden ze ook bij verhuizing van de ene instelling naar de andere. Daarom kunnen we niet met 100%-zekerheid stellen dat de gesignaleerde declaraties bij toets 23 niet in orde zijn. De resultaten van toets 23 (0,4 miljoen) worden niet meegenomen in de totaalstelling van te veel gedeclareerde bedragen.

3.3.11. Matching prestaties aan gedeclareerde bedragen en tarieven, toets 24 en 25

Dit zijn twee toetsen die al eerder aan de orde zijn geweest waarbij gekeken is naar de kwaliteit van de beschikbare gegevens. Daar bleek al dat relatief weinig onregelmatigheden werden gevonden wat betreft deze twee toetsen.

Voor toets 24 is nagegaan of – per AGB – het berekend bedrag overeenkomt met de onderliggende prestatie(s) en tarieven. Dat bleek inderdaad het geval te zijn in de beschikbare databestanden.

Toets 25 richt zich op de verschillen tussen credit en debetboekingen. Indien het encrypte BurgerServiceNummer, prestatiecode, periode, AGB, bedrag, zorgkantoor en aantal allen overeenkomen wordt verondersteld dat de credit- en debetboekingen bij elkaar horen. In 2012 konden zo in totaal 1.038.550 records exact worden gematcht (99,5%) en voor slechts 0,5% bleek dit niet mogelijk. Voor 2013 konden nagenoeg alle 1.000.389 correctieboekingen exact worden gematcht (99,99%). De waarde van de correctieboekingen (creditboekingen) die niet op deze manier konden worden herleid, bedraagt voor 2012 9,5 miljoen euro en voor 2013 0,8 miljoen euro. We kunnen niet stellen dat het hier om te veel gedeclareerde bedragen gaat.

Tabel 3.7 geeft een overzicht van de correctieboekingen voor 2012 en 2013. Tabel 3.8 geeft een overzicht van de top 10 van AGB's met de hoogste waarde van het aantal niet-gesaldeerde boekingen. Opvallend is het soms hoge percentage niet te matchen correcties per AGB. In de top 10 van 2012 en de top 10 van 2013 komen niet dezelfde AGB's voor.

Jaar	Totaal aantal correctieboekingen	Totaal aantal correcties dat kon worden gematcht	Totaal aantal correcties dat niet kon worden gematcht	Percentage niet gematcht correcties (in aantal)	Percentage niet gematcht correcties (in euro)
2012	1.044.015	1.038.550	5.465	0,5	0,8
2013	1.000.389	999.845	544	0,01	0,1

Tabel 3.7. Overzicht van correctieboekingen, 2012 – 2013.

Aantal niet te matchen correcties 2012	Percentage niet te matchen correcties 2012	Totaal bedrag niet te matchen 2012 in euro	Aantal niet te matchen correcties 2013	Percentage niet te matchen correcties 2013	Totaal bedrag niet te matchen 2013 in euro
1.628	50,2	4.546.817	81	1,8	380.419
456	3,6	1.154.289	39	1,3	167.093
8	0,2	560.979	22	1,1	24.114
102	5,9	486.448	28	0,7	21.768
565	2,3	474.438	42	0,1	18.082
34	0,9	182.119	38	0,0	13.541
308	4,0	141.147	6	0,1	13.375
108	1,2	129.858	9	0,3	10.642
91	0,2	119.020	15	0,1	9.701
150	2,5	118.690	2	0,1	9.289

Tabel 3.8. Top 10 van AGB's naar totaal bedrag niet te matchen correctieboekingen, 2012 – 2013.

Voor de soms hoge bedragen die niet gematcht konden worden kan buiten de declaratiebestanden om zijn gecorrigeerd.

De toetsen 24 en 25 leiden niet tot een berekening van een te veel gedeclareerd bedrag maar geven wel inzicht in de mate (per zorgaanbieder) waarin declaraties foutloos worden ingediend en verwerkt.

3.3.12. Overschrijden van het plafond van de PGB, toets 26, 2012

Deze toets kan alleen voor 2012 worden uitgevoerd omdat we alleen beschikken over PGB-gegevens van dat jaar. In de subsidieregeling AWBZ is het plafond voor 2012 vastgesteld op 2,689 miljard; voor 2013 is dit plafond vastgesteld op 2,755 miljard. We kunnen constateren dat voor 2012 het totaal van de zorgkantoren onder dit plafond is gebleven.

3.3.13. Overlappende periode met gelijke functiecode en ZZP-code, toets 27, 2012

Overlappende perioden van declaraties zijn sterke aanwijzingen dat er dubbel bekostigd is. In deze toets wordt op patiëntniveau gezocht naar overlappende perioden in declaraties waarbij sprake is van gelijke functiecode/zorgzwaartepakketcode. Deze codes kunnen op basis van het PGB-bestand samen met de Zorg in Natura-bestanden worden afgeleid. Omdat we voor PGB slechts beschikken over de gegevens van 2012 is deze analyse alleen uitvoerbaar voor 2012.

We kijken naar twee declaraties: declaratie A uit het PGB-bestand en declaratie B uit het Zorg in Natura-bestand. We noemen A en B *conflicterend* wanneer zij een aantal dagen overlappen én wanneer óf

A heeft een zorgzwaartepakket (ZZP > 0) en de functiecode van A is 72 (langdurig verblijf) en de prestatiecode van B valt in de prestatiegroep 1 tot en met 4 (ZZP en VPT),
óf

A heeft geen zorgzwaartepakket en langdurig verblijf (ZZP = 0) maar zowel A als B heeft dezelfde functiecode.

Voor iedere dag waarvoor zowel ZIN als PGB prestaties zijn gedeclareerd, berekenen we de proportionele bijdrage voor die dag van ZIN en PGB prestaties. We beschouwen de kleinere component als te veel gedeclareerd; als dit het ZIN-bedrag is, dan wordt het te veel gedeclareerde aan ZIN toegekend. Als het PGB-bedrag het laagst is, dan wordt het bedrag als te veel gedeclareerd binnen PGB beschouwd. Het zal duidelijk zijn dat dit een conservatieve wijze van berekening is. Op deze manier is het resultaat van deze toets gesplitst in een bedrag te veel gedeclareerd voor ZIN en een bedrag te veel gedeclareerd voor PGB.

Deze toets geeft als uitkomst dat er in 2012 1.563 patiënten werden gevonden met overlappende perioden en waarvoor een bedrag van 2,2 miljoen euro te veel is gedeclareerd. Daarbij valt op dat er 513 patiënten zijn waarvoor meer dan 1.000 euro te veel is gedeclareerd en die samen voor een te veel gedeclareerd bedrag van 1,9 miljoen euro zorgen. Dus circa een derde van deze patiënten zorgt voor circa 86% van het te veel gedeclareerde bedrag. Nader onderzoek naar de declaraties voor deze patiënten wordt sterk aangeraden.

Zoals beschreven hebben we bepaald hoeveel van het te veel gedeclareerde bedrag toegeschreven moest worden aan ZIN en hoeveel aan PGB. Dit bedrag van 2,2 miljoen euro valt uiteen in 0,5 miljoen euro in ZIN en voor 1,8 miljoen euro in PGB. De verschillen zijn ontstaan door afrondingsverschillen.

3.3.14. Gedeclareerde zorg moet overeenkomen met indicatie, toets 28 en 29

Deze toetsen maken gebruik van de gecombineerde data van CIZ en Vektis. De geleverde zorg mag alleen gedeclareerd worden als een onafhankelijke indicatie gesteld is en daarnaast moet de zorg die geleverd is, overeenstemmen met de indicatie die gesteld is.

In toets 13 is al gecontroleerd of patiënten die ZIN ontvangen op enig moment in 2012/2013 een indicatie hebben. Bij toets 28 wordt gekeken of op het moment van leveren van zorg sprake is van een geldige indicatie. Toets 13 is exploratief en geeft geen aanleiding tot het berekenen van een te veel gedeclareerd bedrag.

Bij toets 29 is onderzocht – per patiënt - of de declaratie van prestaties van een extramurale functie, of een ZP, past bij de indicatie die gesteld is. Daarbij speelt het aantal indicaties een rol. Bij deze toets is alleen gekeken naar intramurale indicaties (ZP's). De extramurale indicaties zijn meegenomen bij toets 30.¹⁹

Een patiënt kan in een jaar meerdere indicaties hebben. Echter, op een specifiek moment in de tijd kan het maar één indicatie zijn. Bij elke indicatie zijn de bijbehorende declaraties gezocht. Vervolgens is gekeken of de waarde van de declaraties niet hoger is dan de ZP-waarde op basis van de afgegeven indicatie²⁰. Hierbij is sprake van sectorvreemde indicaties, bijvoorbeeld een persoon met een ZP VG indicatie kan gedeclareerd worden via een ZP VV prestatie. Ook is er sprake van het extramuraal verzilveren van een intramurale indicatie. Doordat de afgegeven ZP-indicatie is vertaald in een maximaal bedrag per dag, wordt zowel rekening gehouden met de sectorvreemde indicaties als het extramuraal verzilveren van een intramurale indicatie

Met deze vertaling is een overlap met toets 15 voorkomen door per prestatie het minimum te nemen van de prijs van de gedeclareerde prestatie en de maximale beleidsregelwaarde van de NZa (wanneer een prestatie boven de beleidsregelwaarde van de NZa komt is met de beleidsregelwaarde gerekend).²¹

Het te veel gedeclareerde bedrag is het bedrag dat tijdens de looptijd van de indicatie boven de limiet ligt. Op dagniveau wordt de overschrijding berekend en deze overschrijdingen worden vervolgens gesommeerd. Dit leidt tot een te veel gedeclareerd bedrag van 81,6 miljoen euro in 2012 en 43,8 miljoen euro in 2013.

Toets 28 leidt tot een te veel gedeclareerd bedrag van 2,3 miljoen euro in 2012 en 6,1 miljoen in 2013. Samen met toets 29 leidt dit tot een te veel gedeclareerd bedrag van 83,9 miljoen euro in 2012 en 49,9 miljoen euro in 2013.

3.3.15. Zorg passend bij indicatie, ZIN, toets 30

Bij toets 30 is per patiënt met een extramurale indicatie nagegaan of het aantal gedeclareerde uren, dagdelen of dagen per functie past binnen de bandbreedte bij de indicatie die gesteld is. Deze toets 30 lijkt erg op toets 29 maar richt zich niet op ZP's maar op losse functies, inclusief tijdelijk verblijf. Opnieuw zijn beleidsregelwaarden aangehouden als maxima. Tijdonafhankelijke prestaties en H100 uitgesloten.

¹⁹ Voor toetsen 29 en 30 geldt dat de zorgkantoren overschrijding van die bandbreedte voor kortdurende perioden toestaan, als maar in andere perioden de zorglevering juist lager is. Zorgkantoren hanteren hiervoor vaak meetperioden van 3 maanden. Met deze mogelijkheid is in dit onderzoek geen rekening gehouden.

²⁰ Er is hier alleen gekeken naar zorg die valt binnen de looptijd van de indicatie. Het zou kunnen dat iemand zorg declareert op een indicatie die verlopen is.

²¹ Prestatiecodes Z280, Z110, Z490, Z491 en Z560 zijn uitgesloten.

Deze toets is uitgevoerd op de prestatiegroepen 5-8 in de ZIN-bestanden. Bij deze toets houden we vast aan de indicaties. Als iemand een indicatie heeft voor PV maar hij/zij geeft het uit aan VP dan wordt dit als niet-valide beschouwd omdat er geen indicatie voor VP was. Dit in tegenstelling tot toets 32.

Dit leidt tot een te veel gedeclareerd bedrag van 16,8 miljoen euro in 2012 en 4,8 miljoen euro in 2013. In 2012 gaf persoonlijke verzorging de grootste bijdrage hieraan met 5,9 miljoen, gevolgd door begeleiding individueel met 3,6 miljoen en begeleiding groep met 3,2 miljoen euro. Begeleiding individueel neemt in 2013 het meeste voor zijn rekening (1,4 miljoen), gevolgd door persoonlijke verzorging (1,2 miljoen) en verpleging (1,1 miljoen).²²

3.3.16. Toegekende PGB-bedrag passend bij indicatie, toets 31

Op basis van de databestanden vanuit Vektis en CAK is een toets uitgevoerd waarin wordt nagegaan of de gedeclareerde uren overeenkomen met de geleverde zorg volgens het CAK. Het resultaat laat een dermate onduidelijk beeld zien dat een diepere analyse van de betrokken veldpartijen vereist is, voordat conclusies aan de cijfers kunnen worden verbonden. Om deze reden zijn de uitkomsten niet opgenomen in dit rapport.

3.3.17. Zorg passend bij indicatie, PGB, toets 32

Bij toets 32 is geprobeerd de koppeling te leggen tussen het indicatiebestand en het PGB-bestand op basis van indicatienummer. In het PGB-bestand was deze code echter zeer vaak verkeerd gevuld. In het geval dat in het PGB-bestand niet alle indicatienummers te herleiden waren naar een indicatie, is het gehele PGB-budget samengenomen en vergeleken met het budget waarop iemand recht heeft op basis van alle indicaties.

Cliënten kunnen in het indicatiebestand voorkomen, in het PGB-bestand én in beide bestanden. Voor deze analyse richten we ons op die cliënten die zowel in het indicatiebestand als in het PGB-bestand zijn opgenomen omdat we voor hen kunnen nagaan of de gedeclareerde zorg past bij de indicatie. Dit betekent dus dat cliënten die slechts in één van de bestanden voorkomen niet worden meegenomen. Ook cliënten onder de 18 jaar ontbreken veelal in deze toets omdat de indicaties van deze cliënten niet via het CIZ, maar via Bureau Jeugdzorg lopen.

Bij deze toets zijn we ervan uitgegaan dat mensen zélf kiezen hoe ze hun zorg indelen. Als iemand een indicatie heeft voor een bepaalde functie (zoals PV) maar hij/zij geeft het uit aan iets anders (VP bijvoorbeeld) dan is dat prima (zolang er maar niet meer geld wordt toegekend dan er op basis van de indicatie van PV is toegestaan). Dit is dus anders dan bij toets 30.

Voor zorgzwaartepakketten (ZZP's) zijn de budgetten aangehouden incl. begeleiding groep omdat we niet konden bepalen of iemand hier recht of heeft op basis van het indicatiebestand. Hierdoor onderschatten we dus de resultaten. De omvang hiervan is niet bekend.

Bij indicaties voor extramurale zorg is voor de omvang het maximum van de bandbreedte van de klasse van de indicatie gehanteerd. Dit is een conservatieve benadering en leidt tot een ondergrens. Wanneer in het indicatiebestand bij omvang, een getal staat die niet naar een bepaalde klasse is te herleiden dan is uitgegaan van het aantal dat in dit veld staat als omvang.

²² Het was niet het doel van dit onderzoek om na te gaan wat de invloed zou kunnen zijn van het Experiment Regelarme Instellingen (ERI) op de uitkomsten. Het ontbreekt ons aan voldoende informatie om uitspraken te doen over het effect van ERI op de berekening van te veel gedeclareerde bedragen.

Het maximum budget wordt berekend door per functie de toegekende zorgomvang uit indicatie financieel te maken conform de CVZ-tabel. Dit berekende maximale budget wordt vergeleken met het toegekende budget volgens het PGB-bestand. Indien het toegekende PGB-budget hoger ligt dan het berekende maximale budget dan is er sprake van een te veel gedeclareerd bedrag.

Soms kan meer zorg gedeclareerd worden dan passend bij indicatie wanneer het zorgkantoor daar toestemming voor geeft. Dit geldt dan meestal voor kortdurende perioden, zie ook toets 29 en 30, en moet "goed" gemaakt worden door perioden met minder zorg.

De gedetecteerde declaraties, zorgaanbieders en cliënten zijn nadrukkelijk onderzocht op dit verschijnsel. De conclusie is dat – volgens de declaratiebestanden – deze detecties terecht zijn en we kunnen spreken over te veel gedeclareerde bedragen.

Het te veel gedeclareerde bedrag is het verschil tussen de som van de bedragen volgens het PGB-bestand en het bedrag waar iemand volgens het indicatiebestand recht op had. Dit leidt tot een te veel gedeclareerd bedrag van 40,5 miljoen euro in 2012. Omdat we niet konden beschikken over het PGB-bestand over 2013, kan deze toets niet voor 2013 worden uitgevoerd.

3.3.18. Dubbele bekostiging, toets 33-34

Het kan voorkomen – zoals we ook in andere zorgsegmenten hebben geconstateerd - dat een rekening dubbel wordt ingediend. Daarom is gezocht naar declaraties die exact overeenkomen wat betreft BSN, prestatiecode, zorgkantoor, startdatum en einddatum.

Dit bleek in 2012 redelijk vaak voor te komen. Als alle declaraties meegenomen worden resulteert het in een te veel gedeclareerd bedrag van 73,0 miljoen euro in 2012. Voor 2013 komt dit te veel gedeclareerde bedrag uit op 4,7 miljoen wat aanzienlijk lager is.²³

Toets 34 richt zich op de mogelijkheid dat eenzelfde declaratie bij verschillende zorgkantoren wordt ingediend. Per patiënt is onderzocht of er identieke declaraties zijn, dat wil zeggen met dezelfde BSN, prestatiecode, startdatum en einddatum, die bij meerdere zorgkantoren zijn gedeclareerd.

Dit bleek niet vaak het geval te zijn, in totaal betrof het 110 patiënten. Het te veel gedeclareerde bedrag in 2012 bedraagt 0,2 miljoen euro; in 2013 gaat het om 0,1 miljoen euro.

²³ Wanneer de toets alleen toegepast wordt op patiënten met niet gesaldeerde correcties, komt het te veel gedeclareerde bedrag in 2012 uit op 46,7 miljoen euro. In 2013 komt dit te veel gedeclareerde bedrag dan uit op 2,4 miljoen euro.

3.3.19. Dubbele bekostiging, declaratie voor huisarts en anderen, toets 35

Wanneer patiënten opgenomen worden in een instelling waar zij behandeling krijgen, stopt de vergoeding aan de huisarts. Voor deze patiënten met een zorgzwaartepakket (ZZP) met behandeling moet de behandeling vanuit de instelling geleverd worden. Het is dus niet toegestaan dat we voor patiënten met een ZZP met behandeling²⁴ gedurende dezelfde tijdsperiode ook een declaratie voor de huisarts²⁵ aantreffen of een inschrijftarief vanaf het daaropvolgende kwartaal. De zorg moet immers geleverd worden door de specialist ouderen geneeskunde. In deze toets wordt hierop gecontroleerd.

We beschikken over een encrypted Burgerservicenummer. Dit encrypted nummer, dat er voor zorgt dat de privacy van de patiënt beschermd wordt, stelt ons in staat om per patiënt in kaart te brengen welke zorg voor hem of haar is gedeclareerd. Daartoe gaan we na of voor een patiënt met behandeling die we aantreffen in de ZIN-bestanden (2012) er ook declaraties worden aangetroffen in het declaratiebestand van huisartsen over dat jaar²⁶.

Deze analyse kan niet voor 2013 worden uitgevoerd omdat we niet beschikken over de huisartsendeclaraties over 2013. De berekeningen voor 2012 laten zien dat er een bedrag van 9,0 miljoen euro te veel gedeclareerd is. Wanneer we de inschrijftarieven van de huisarts buiten beschouwing gelaten in verband met mogelijke complicaties met de looptijd van de ZZP met behandeling, komen we uit op 5,8 miljoen euro²⁷.

Eenzelfde soort analyse maar dan voor mondzorg, farmacie en paramedische zorg voor 2012 was niet haalbaar op dit moment. Hoewel we wel over deze data (met encrypted Burgerservicenummer) over 2012 beschikken, zijn er te veel uitzonderingen die er voor zorgen dat een uitspraak met 100%-zekerheid over het te veel gedeclareerde bedrag niet mogelijk is. Nader onderzoek is wenselijk, zie ook tabel 2.3 waarmee inzicht in de omvang van dit verschijnsel kan worden verkregen. Voor GGZ beschikken we niet over de gegevens over 2012.

3.3.20. Declareren vóóordat zorg is geleverd, toets 40

Deze toets richt zich op het declareren van zorg vóóordat de zorg geleverd is; er wordt als het ware van te voren al afgerekend. Dit kan worden vastgesteld door de aanlevermaand van de declaratie te vergelijken met de begindatum van de prestatie.

Vooraf in 2012 werd dit geconstateerd: bij 2.349 declaraties vond de declaratie plaats vóór de begindatum van de prestatie. Hiermee is een bedrag gemoeid van 1,7 miljoen euro.

²⁴ Bij deze analyse is rekening gehouden met alle ZZP-codes die het tegelijkertijd optreden van een huisartsdeclaratie (exclusief inschrijftarief) aangeven.

²⁵ Voor het inschrijftarief zijn gebruikt de codes 11000, 11100, 11101, 11102, 11103, 11104.

²⁶ Een patiënt kan niet worden ingeschreven in een huisartsenpraktijk zolang deze in een AWBZ-instelling verblijft op basis van een ZZP met behandeling. Dus strikt genomen mag ook geen inschrijftarief in rekening mag worden gebracht. Dit is echter wel een grijs gebied. Daarom is ervoor gekozen om het inschrijftarief uit te sluiten.

²⁷ Dit heeft te maken met het verschijnsel dat een patiënt weer thuis kan zijn gekomen waardoor de declaratie van het inschrijftarief van de huisarts voor hem/haar terecht is.

Daarnaast werd in 2012 bij 12.497 declaraties te vroeg afgerekend, de aanleverdatum ligt vóór de einddatum van de geleverde zorg. Het bedrag dat met deze declaraties gemoeid is, is 8,2 miljoen euro. Omdat voor een deel van deze declaraties geldt dat ze wel de periode ná de begindatum betreffen, is het niet eenduidig vast te stellen hoeveel van deze 8,2 miljoen euro als ten onrechte gedeclareerd aan te merken is. Ook is de aanleverdatum niet een dermate harde variabele dat met 100% zekerheid kan worden geconcludeerd dat het hier om onregelmatigheden gaat. Daarom wordt deze 8,2 miljoen euro niet meegenomen in de totaalberekeningen.

In 2013 kwam dit verschijnsel niet voor. Waarschijnlijk/wellicht is dit verschijnsel door een geautomatiseerde controle ondervangen.

3.4. Resultaten van de anomalie detectie

3.4.1. Inleiding

Het aantal methoden en technieken dat kan worden gebruikt bij anomalie detectie is groot en hangt sterk af van de context en het doel van het onderzoek²⁸. De achterliggende gedachte bij anomalie detectie in dit onderzoek is het opsporen van relatieve uitschieters, dat wil zeggen: we zoeken naar zorgaanbieders (AGB's) die vergeleken met hun collega's in dezelfde soort zorg wel erg veel afwijken ten aanzien van een zeker kenmerk. Door binnen eenzelfde soort groep te zoeken maken we gebruik van een zekere homogeniteit in de groep. De anomalie detectie is voor zowel 2012 als 2013 uitgevoerd.

In deze paragraaf worden de resultaten gegeven van anomalie detectie voor vijf variabelen:

- Het gemiddeld aantal toeslagen per patiënt (toets 36)
- De verhouding tussen het aantal speciaal afgesproken prestaties en de som van het aantal prestaties dat speciaal afgesproken is en basis (toets 37a)
- De verhouding tussen het aantal prestaties extra en de som van het aantal extra prestaties (toets 37b)
- Het totaal gedeclareerde bedrag per patiënt (toets 38)
- Het aantal gedeclareerde mutatedagen per patiënt (toets 39)

De werkwijze is uitgebreid besproken in paragraaf 1.3 en komt in het kort op het volgende neer. Voor iedere AGB wordt de anomalie detectie variabele berekend. Het is logisch dat er zorgaanbieders zijn die (in het geval van toets 36) weinig toeslagen per patiënt hebben terwijl er anderzijds collega's zullen zijn met veel toeslagen per patiënt. Specialisatie van de zorgaanbieder en van de instelling kan daarbij een rol spelen, net als de bevolkingssamenstelling in het bedieningsgebied.

De verdeling van de zorgaanbieders wordt daarna bestudeerd: hoe komt het dat de zorgaanbieders in de linkerstaart van de verdeling zo weinig geld voor toeslagen ontvangen? En hoe komt het dat sommige zorgaanbieders zo veel geld aan toeslagen hebben ontvangen in vergelijking met hun collega's? Bij deze laatste groep kijken we dus naar de rechterstaart van de verdeling van de gedeclareerde bedragen van de zorgaanbieders. In het bijzonder kijken we naar de top 5%, de top 1% en de top 0,1%.

In deze rechterstaart treffen we – zo is onze ervaring – vaak zeer merkwaardige cases aan. Soms is er een verklaring voor te vinden (in dit geval bijvoorbeeld zorgaanbieders die zich in een zeer grote mate hebben gespecialiseerd) maar vaak komen cases naar boven die echt afwijken van wat gangbaar is. De bestudering van deze cases is vaak de aanleiding tot verder onderzoek naar de zorgaanbieder (en de gedeclareerde toeslagen). Onze ervaring leert dat we bij dit soort anomalie detectie vaak op het topje van de ijsberg in zee stoten en er meer aan de hand is.

Wanneer er een goede verklaring kan worden gevonden (bijvoorbeeld op basis van aanvullend onderzoek en een audit), noemen we een dergelijke zorgaanbieder of case een *false positive*: het detectie alarm is afgegaan maar het is vals alarm. Anderzijds is het mogelijk dat een onregelmatigheid niet (in eerste instantie) door de anomalie detectie wordt gesignaleerd omdat de zorgaanbieder zich niet in de uiterst rechtse staart van de verdeling bevindt. We spreken in dat geval van een *false negative*: het is mis maar we zien het niet, het alarm gaat niet af. Overigens wordt een deel van de cases vaak alsnog gevonden wanneer het topje van de ijsberg nader wordt uitgeplozen.

²⁸ Voor een uitgebreide literatuurlijst zie het Rapport over onregelmatigheden in declaratiebestanden bij huisartsen, mondzorg, farmacie en GGZ, februari 2014.

3.4.2. Opmerkelijk veel toeslagen, toets 36

Om vast te stellen of wellicht ten onrechte (te veel) toeslagen in rekening worden gebracht is een anomalie detectie uitgevoerd waarbij zorgaanbieders (AGB's) zijn vergeleken wat betreft het gemiddeld aantal toeslagen per patiënt. Zoals eerder gesteld kan specialisatie soms een verklaring zijn voor opmerkelijk veel toeslagen. Deze detectie is voor 2012 en 2013 uitgevoerd.²⁹

Dit leidt tot het volgende resultaat, zie tabel 3.9.

Jaar	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 95%-referentiepunt in miljoen euro	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99%-referentiepunt in miljoen euro	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99,9%-referentiepunt in miljoen euro
2012	0,5	0,3	0,0
2013 ³⁰	2,4	0,1	0,0

Tabel 3.9. Resultaten anomalie detectie van gemiddeld aantal toeslagen per patiënt, 2012 - 2013

3.4.3. Opmerkelijk veel speciaal afgesproken en extra prestaties t.o.v. basis, toets 37

Het kan voorkomen dat duurdere zorg wordt gedeclareerd dan geleverd. Een voorbeeld is het declareren van persoonlijke verzorging speciaal terwijl persoonlijke verzorging basis is geleverd. We richten ons in deze toets op twee detectie variabelen:

1. De verhouding tussen het aantal declaraties waar de prestatie speciaal voor afgesproken is en de som van het aantal speciaal afgesproken prestaties en basis (37a)
2. De verhouding tussen het aantal prestaties extra ten opzichte van de som van het aantal extra prestaties en basis. (37b)

We kijken naar de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding. Omdat de tijdseenheid van een aantal declaraties ongeldig was (tijdseenheid = 0) zijn deze declaraties buiten beschouwing gebleven.

Dit leidt tot het volgende resultaten, zie tabellen 3.10 – 3.13.

Jaar	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 95%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99,9%-referentiepunt
2012 verzorging	5,4	1,7	0,7
2012 verpleging	0,5	0,0	0,0
2012 begeleiding	4,4	0,7	0,0
Totaal	10,3	2,4	0,7

Tabel 3.10. Resultaten anomalie detectie over speciaal afgesproken prestaties, 2012

²⁹ Bijzondere aandacht is ook nodig voor 82 (2012) en 70 (2013) toeslagen-declaraties met een ongeldige tijdseenheid (gelijk aan 0). Deze records hadden in respectievelijk 2012 en 2013 een totale waarde van 48.175 euro en 331.028 euro.

³⁰ Inclusief bijschatting voor ontbrekende gegevens met een factor 1,04.

Jaar	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 95%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99,9%-referentiepunt
2013 verzorging	2,7	0,4	0,0
2013 verpleging	1,8	0,0	0,0
2013 begeleiding	4,1	0,5	0,0
Totaal³¹	8,9	0,9	0,0

Tabel 3.11. Resultaten anomalie detectie over speciaal afgesproken prestaties, 2013

Jaar	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 95%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99,9%-referentiepunt
2012 verzorging	3,4	1,2	0,0
2012 verpleging	1,1	0,3	0,0
2012 begeleiding	0,9	0,1	0,0
Totaal	5,4	1,6	0,0

Tabel 3.12. Resultaten anomalie detectie over extra prestaties, 2012

Jaar	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 95%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99%-referentiepunt	Te veel gedeclareerd in miljoen euro 99,9%-referentiepunt
2013 verzorging	0,9	0,1	0,0
2013 verpleging	0,3	0,0	0,0
2013 begeleiding	0,6	0,1	0,0
Totaal³²	1,9	0,2	0,0

Tabel 3.13. Resultaten anomalie detectie over extra prestaties, 2013

³¹ Inclusief bijschatting voor ontbrekende gegevens met een factor 1,04.

³² Inclusief bijschatting voor ontbrekende gegevens met een factor 1,04.

3.4.4. Opmerkelijk veel zeer dure zorg, toets 38

Een eenvoudige exercitie is het bepalen van het totale bedrag dat gedeclareerd is voor zorg aan een patiënt en daar de zorgaanbieder(s) bij te zoeken. We kunnen daar een anomalie detectie op uitvoeren en naar de rechterstaart van de verdeling kijken. Echter, we hebben hier een “harde” grens gehanteerd van € 250.000 (exclusief meerzorg) omdat eigenlijk alle cases boven dit bedrag onregelmatig zijn. Wanneer we namelijk alle denkbare zorg voor een patiënt sommeren, is € 250.000 het maximum.

Wanneer we voor 2012 de Zorg in Natura-gegevens combineren met de PGB-gegevens dan zien we dat er 49 patiënten zijn waar meer dan € 250.000 voor is gedeclareerd. In totaal gaat het om een bedrag van 12,6 miljoen euro. Wanneer we ons beperken tot uitsluitend de ZIN-data, dan vinden we in 2012 37 van dergelijke patiënten waar een totaal bedrag bij hoort van 12,2 miljoen euro. Volgens de ZIN-gegevens waren er in 2012 10 zorgaanbieders die meer dan 250.000 euro declareerden voor een patiënt. Bij 3 zorgaanbieders (28 patiënten) is in 2012 voor extramurale zorg “minuten” gedeclareerd in plaats van “uren”.

In 2013 gaat het om 33 patiënten met een totaal bedrag van 14,4 miljoen euro. Volgens het ZIN-bestand waren er 24 zorgaanbieders met patiënten waarvoor meer dan € 250.000 elk werd gedeclareerd. Bij 21 van deze zorgaanbieders (28 patiënten) is in 2013 meerzorg gedeclareerd.

In tabel 3.14 wordt slechts de top 10 van zorgaanbieders gepresenteerd (gerangschikt op totale kosten van de patiënt). Het betrof in 2013 33 patiënten. Het merkwaardige is dat slechts twee van de zorgaanbieders die in 2012 zulke dure patiënten hadden, in 2013 konden worden teruggevonden met deze dure patiënten. Waarschijnlijk is er op andere AGB-codes gedeclareerd.

2012		2013	
Aantal patiënten bij deze zorgaanbieder (AGB)	Aantal patiënten bij deze zorgaanbieder met meer dan € 250.000 zorgkosten	Aantal patiënten bij deze zorgaanbieder (AGB)	Aantal patiënten bij deze zorgaanbieder met meer dan € 250.000 zorgkosten
95	24	651	1
505	4	1151	2
165	1	821	1
10	1	728	1
106	1	480	1
858	1	475	1
353	1	2515	3
6	1	3815	3
4511	1	2157	1
325	1	1341	3

Tabel 3.14. Overzicht van de top 10 van zorgaanbieders met zeer dure patiënten, 2012 – 2013

Acht van de zeer dure patiënten in 2012 ontvingen zowel ZIN als PGB. Nader onderzoek naar de declaraties betreffende deze zeer dure patiënten wordt dringend aanbevolen.

In principe is dit een harde test. Er is namelijk geen combinatie van prestaties denkbaar die leidt tot een hogere schadelast dan 250.000 euro. We kunnen dit echter niet als een te veel gedeclareerd bedrag aanmerken omdat deze toets zo globaal is. Er kunnen allerlei oorzaken zijn waardoor de kosten per patiënt hoger uitvallen, waaronder overlap tussen ZIN en PGB (toets 27), te hoog tarief (toets 14/15), dubbele declaratieregels (toets 33) enz. Echter, deze patiënten vormen een interessant aandachtgebied voor domeindeskundigen.

3.4.5. Opmerkelijk veel mutatiedagen gedeclareerd, intramuraal, toets 39

Na het overlijden dan wel verhuizen van een patiënt mag in verblijf en verzorging een aantal mutatiedagen gedeclareerd worden. Het maximum aantal mutatiedagen dat mag worden gedeclareerd in een dergelijke situatie is dertien. In 2012 komt dit verschijnsel van het overschrijden van het maximale aantal mutatiedagen niet in de declaratiebestanden voor. In 2013 werden echter wel 51 patiënten aangetroffen waarbij meer dan dertien mutatiedagen werden gedeclareerd, in totaal 211 mutatiedagen. Het te veel gedeclareerde bedrag dat hiermee gemoeid is, bedraagt circa 38.000 euro.

In 2013 kwam het bij 733 patiënten voor dat voor hen het maximum aantal van dertien mutatiedagen werd gedeclareerd.

Jaar	Aantal patiënten waarvoor twaalf mutatiedagen zijn gedeclareerd	Aantal patiënten waarvoor dertien mutatiedagen zijn gedeclareerd	Aantal patiënten waarvoor meer dan dertien mutatiedagen zijn gedeclareerd
2013	57	733	51

Tabel 3.15. Overzicht van het aantal patiënten met veel mutatiedagen na overlijden 2013

Een merkwaardigheid die bij de bestudering van het aantal mutatiedagen opvalt, is dat bij veel patiënten er door meerdere AGB's tegelijktijd mutatiedagen worden gedeclareerd. Hoewel de kosten van een mutatiedag redelijk klein zijn (circa € 70,- per dag), is dit opvallend. Meestal worden deze mutatiedagen overigens niet op cliëntniveau gedeclareerd; wat we hier zien, kan wellicht een topje van een ijsberg zijn.

De anomalietoets die zich richt op het vergelijken van zorgaanbieders die wel heel veel mutatiedagen declareren in vergelijking tot hun collega's, heeft hier weinig zin. Immers, meer dan 13 mutatiedagen zijn niet toegestaan en zij vormen al de rechterstaart van de verdeling. Wél kan de anomalietoets die zorgaanbieders zichtbaar maken die altijd veel mutatiedagen (maar minder dan veertien) declareren in vergelijking met hun collega's en zij vormen een groep om nader te onderzoeken. Een lijst met de frequentie van het hoogste aantal mutatiedagen dat zorgaanbieders declareren is aan de NZa ter hand gesteld.

3.5. Overzicht van de resultaten van gesignaleerde onregelmatigheden

In deze paragraaf brengen we resultaten van de verschillende toetsen en anomalie detectie samen. Tabel 3.16 geeft een overzicht van de overtreding van declaratie- en registratieregels terwijl in tabel 3.17 de resultaten van de anomalie detectie worden weergegeven.

Het gaat hier om conservatieve analyses, dat wil zeggen ze geven een ondergrens aan omdat bijvoorbeeld bij het vaststellen van het te veel gedeclareerde bedrag ervan uitgegaan is dat het kleinste bedrag ten onrechte te veel gedeclareerd is (bij dubbele facturen en niet-toegestane combinaties). In de situaties waarbij we niet voor 100% zekerheid hebben dat overtreding van declaratie- en/of registratieregels daadwerkelijk heeft plaatsgevonden, zijn de resultaten niet meegenomen in de totaalberekeningen. In de laatste plaats tenslotte, toetsen die niet echt veel opleverden (in geld uitgedrukt) zijn niet meegenomen in de totaalberekeningen.

In totaal zijn meer dan vijftig toetsen op de databestanden van de Zorg in Natura en het persoonsgebonden budget uitgevoerd. Zonder twijfel zijn nog meer toetsen mogelijk en deze kunnen in vervolgonderzoek plaatsvinden.

Het is in theorie mogelijk dat toetsen overlappen maar wij zijn van mening - mocht die overlapping al concreet plaatsvinden –dat dit geen grote invloed zal hebben op de uitkomsten. Een nadere verfijning van de toetsen kan hier licht op werpen. Echter, de nauwkeurigheid over de uitspraak over de omvang van onregelmatigheden in de declaratiebestanden wordt hoofdzakelijk bepaald door de nauwkeurigheid van de registratie van de declaraties.

Ook is het mogelijk dat zorgaanbieders die bij de anomalie detectie worden geïdentificeerd als zeer afwijkend, ook al bij het overtreden van registratie- en declaratieregels naar voren kwamen. Dit zou kunnen betekenen dat het optellen van de resultaten van het overtreden van declaratieregels en de resultaten van de anomalie detectie een overschatting van het te veel gedeclareerde bedrag is. Nadere bestudering van de zorgaanbieders die bij de anomalie detectie naar voren kwamen en zij die zichtbaar werden bij het zoeken naar overtredingen liet zien dat in een aantal gevallen dezelfde instellingen naar voren kwamen. Maar vaak ook bleken de groepen disjunct te zijn. Daarom menen wij dat de optelling van de resultaten niet tot een grote overschatting zal leiden.

Toets	Toets-nummer	Te veel gedeclareerd in 2012 in miljoen euro	Te veel gedeclareerd in 2013 in miljoen euro
Gedeclareerd boven maximale beleidsregelwaarde	14 en 15	29,3	0,3
Niet-valide combinaties van zorg	16	41,5	15,8
Niet-toegestane combinaties	17	0,1	0,0
Verplichte onderliggende prestatie ontbreekt	18	5,3	2,9
Onterechte leeftijdsgeboden prestaties en toeslagen	19	1,6	0,8
Ongeldige combinaties met NHC	20	nvt	0,1
Meer zorg dan mogelijk is in de beschikbare tijd	21	6,5	0,6
Declaraties na overlijden patiënt	22	1,1	1,3
Overlappende perioden met gelijke functiecode/zzp-code ZIN én PGB	27	2,2	nvt
Meer zorg dan volgens indicatieperiode(n)	28 en 29	120,8	52,0
Meer gedeclareerd dan geïndiceerd	30	16,8	4,8
Meer gedeclareerd dan rechtens indicatie	32	40,5	nvt
Dubbele bekostiging	33	73,0	4,7
Dubbele bekostiging, verschillende zorgkantoren	34	0,2	0,1
Berekend bedrag is hoger dan aantal prestaties maal tarief	45	0,2	1,9
Totaal		339,1³³	88,7³⁴

Tabel 3.16. Overtredingen van declaratie- en/of registratieregels, ZIN en PGB, 2012-2113

³³ Exclusief 5,8 miljoen euro onterecht gedeclareerd voor huisartsenzorg.

³⁴ Bijgeschat voor ontbrekende deel van 2013 met behulp van aantal BSN met een factor $826.737/795.999 = 1,04$

Anomalie detectie	Toets nummer	2012			2013		
		95% Te veel gedeclareerd in miljoen euro	99% Te veel gedeclareerd in miljoen euro	99,9% Te veel gedeclareerd in miljoen euro	95% Te veel gedeclareerd in miljoen euro	99% Te veel gedeclareerd in miljoen euro	99,9% Te veel gedeclareerd in miljoen euro
Opmerkelijk veel toeslagen	36	0,5	0,3	0,0	2,4	0,1	0,0
Opmerkelijk veel speciale prestaties	37a	10,3	2,4	0,7	8,9	0,9	0,0
Opmerkelijk veel extra prestaties	37b	5,4	1,6	0,0	1,9	0,3	0,0
Totaal		16,2	4,3	0,7	13,2	1,3	0,0

Tabel 3.17. Resultaten anomalie detectie, 2012-2113

Dit maakt het mogelijk om een totaal overzicht van de resultaten van dit onderzoek naar onregelmatigheden in declaratiebestanden van ZIN en PGB op te stellen, zie tabel 3.18. We gaan bij de resultaten van de anomalie detectie uit het 99%-referentiepunt.

	Te veel gedeclareerd aan ZIN in 2012 in miljoen euro	Te veel gedeclareerd aan PGB in 2012 in miljoen euro	Te veel gedeclareerd aan ZIN in 2013 in miljoen euro	Te veel gedeclareerd aan PGB in 2013 in miljoen euro
Overtreding declaratie- en registratieregels ZIN	296,8		88,7	nvt
Overtreding declaratie- en registratieregels PGB (toets 32)		40,5		
Overlappende perioden ZIN en PGB (toets 27)	0,5	1,8 ³⁵	nvt	nvt
Anomalie detectie (99%)	4,3	nvt	1,3	nvt
Totaal te veel gedeclareerd	301,6	42,3	90,0	nvt
Totaal gedeclareerd	20.202	2.664	18.701 ³⁶	nvt
Als percentage van totaal gedeclareerd	1,5	1,6	0,5	nvt

Tabel 3.18. Overzicht van de gecombineerde resultaten, 2012-2113

Het percentage van gevonden onregelmatigheden is voor 2012 een flink stuk hoger dan in 2013. Dit komt deels omdat een aantal toetsen die wél voor 2012 konden worden uitgevoerd en die gebruik maakten van het PGB-bestand, niet voor 2013 mogelijk waren. We beschikken immers niet over het

³⁵ Door afrondingsverschillen is er een klein verschil met de resultaten bij de toets. Toets 27 heeft als totaal 2,2 miljoen euro.

³⁶ Bijgeschat voor ontbrekende deel van 2013 met behulp van aantal BSN met een factor $826.737/795.999 = 1,04$. Dus: 17.981,6 miljoen maal 1,04 = 18.701 miljoen euro.

PGB-bestand over 2013. Een globale indruk van een mogelijke bijdrage van die toetsen kan men krijgen door te kijken naar de impact van de toetsen 27 (2 miljoen), 32 (40 miljoen) en 35 (9 miljoen) in 2012. Een andere reden dat het percentage voor 2013 lager is, kan zijn dat geautomatiseerde controles veel onregelmatigheden hebben kunnen afvangen. Ook moet bedacht worden dat in 2012 er sprake kan zijn van inleereffecten.

Het percentage, en het daarmee gemoeide bedrag, is een ondergrens. Waar het werkelijke, onbekende percentage ligt is onbekend. Wanneer nader onderzoek wordt verricht op de gevonden onregelmatigheden, eventueel aangevuld met audits, kan een uitspraak over het werkelijke percentage onregelmatigheden worden gedaan. De uitspraak of het bij een onregelmatigheid om fraude gaat, vergt dan weer een aantal extra stappen om daar zekerheid over te krijgen.

4. Conclusies, observaties en aanbevelingen

4.1. Conclusies

Het onderzoek naar onregelmatigheden in declaratiebestanden van Zorg in Natura (ZIN) en het persoonsgebonden budget (PGB) heeft opmerkelijke en praktische resultaten opgeleverd. Met een aantal gevonden onregelmatigheden kan concreet aan de slag worden gegaan. Dit rapport laat – mede vanwege privacyoverwegingen – niet zien hoeveel en welke zorgaanbieders bij dit onderzoek naar onregelmatigheden naar voren kwamen. Deze informatie is aan de NZa beschikbaar gesteld.

Het is duidelijk dat er in de ZIN en PGB veel geld omgaat. Ons onderzoek is gebaseerd op de databestanden: de wijze waarop de zorg is vastgelegd en gedeclareerd. Deze wereld kan erg verschillen met de daadwerkelijke zorgverlening maar het is wel de financiële afspiegeling ervan.

Net als in andere zorgsegmenten spelen correctierecords een grote rol. Het is evident dat er fouten worden gemaakt met registratie en declaratie en dat deze vaak moeten worden hersteld. Het percentage correctierecords is hoog. Dat wijst niet alleen op een administratief proces dat beter kan maar het bemoeilijkt ook het opsporen van onregelmatigheden. Het goede nieuws daarbij is dat die zorgaanbieders die veel correctieboekingen indienen als vanzelf de aandacht op zich vestigen.

Wanneer we de resultaten nader bekijken, zie we een paar grote brokstukken van onregelmatigheden. Dat zijn het overschrijden van maximum beleidsregelwaarden (in 2012), niet-valide combinaties van zorg en meer zorg dan geïndiceerd (toets 28-30 en 32). Deze brokstukken vragen om nadere bestudering door domeindeskundigen.

4.2. Observaties en aanbevelingen

4.2.1. Observaties

Het is relatief eenvoudig om na te gaan of er overtredingen van declaratie- en/of registratieregels heeft plaatsgevonden. Regels die samen met domeinexperts zijn opgesteld kunnen zonder veel moeite op de grote databestanden van de Zorg in Natura en het persoonsgebonden budget worden toegepast. Deze benadering levert direct identificeerbare zorgaanbieders op. Het te veel gedeclareerde bedrag kan worden berekend en is relatief hard.

Voor sommige cases is nader onderzoek nodig. Daaronder valt een aantal onregelmatigheden waarmee soms grote bedragen zijn gemoeid en die nu niet in de totaalresultaten zijn meegenomen omdat (nog) niet met 100% kan worden vastgesteld dat het hier om echte onregelmatigheden gaat. Uitsluitel kan worden verkregen door nader onderzoek door de NZa, door de zorgverzekeraar of door beiden.

In appendix 3 worden de gehanteerde toetsen beschreven. Deze lijst van toetsen kan verder worden uitgebreid in vervolgonderzoek. We zijn van mening dat de uitbreiding van de toetsen niet de eerste vervolgstap zou moeten zijn. Veel meer inzicht kan worden behaald door het uitzoeken van de gevonden merkwaardige cases en de daarbij onderliggende gegevens. Dan wordt ook duidelijk of er systematiek zit in de gevonden overtredingen, de hardheid en kwaliteit van de registratie en de wijze van verwerking in de procesketen. Het “volledig maken” van 2013 is ook een belangrijke vervolgstap.

Bijzondere aandacht is nodig voor de vraag in hoeverre de “wereld van het computerbestand” verschilt van “de wereld van de daadwerkelijke zorg”. De databestanden geven een beeld van de declaraties: niet geleverde zorg en afwijkende zorg (dan die volgens de indicatie en declaraties) kan slechts door nader onderzoek in het veld worden getraceerd.

Sommige van de uitgevoerde toetsen kunnen in het automatiseringsproces bij zorgaanbieders, zorgkantoren en zorgverzekeraars worden opgenomen. In dat geval wijzen we dringend op de noodzaak om gegevens van *key*-variabelen op orde te hebben.

4.2.2. Aanbevelingen

De eerste aanbeveling betreft het stimuleren van een betere registratie conform de registratieregels. We hebben waargenomen dat vaak fouten worden gemaakt met de tijdseenheden van declaraties: daar waar in uren gedeclareerd moet worden, vult men minuten in. Dit leidt natuurlijk – zonder juiste controle en alerte medewerkers – tot een veel te hoog gedeclareerd bedrag.

Een scherper monitoren op de staarten van de verdelingen is eenvoudig mogelijk. Het bijhouden van het totale bedrag dat aan zorg wordt gedeclareerd per patiënt is een eenvoudig voorbeeld, net als het bijhouden van hoeveel totaal door een zorgaanbieder wordt gedeclareerd. Natuurlijk zijn er dure patiënten en zorgaanbieders die veel declareren maar men houdt de uitschieters zo goed in de gaten.

Een overlap met declaraties van de huisarts is onderzocht. Ook dat is redelijk eenvoudig. Het verdient aanbeveling dit ook te doen voor andere zorgsegmenten zoals mondzorg, farmacie, GGZ, fysiotherapie en medisch specialistische zorg. We zien een flinke overlap – op patiëntniveau – tussen deze segmenten. Een dergelijke analyse is goed mogelijk als de regels en uitzonderingen op het gelijktijdig gebruik van deze voorzieningen in kaart zijn gebracht. En natuurlijk moeten de betreffende databestanden beschikbaar en volledig zijn.

In dit onderzoek zijn geen pogingen gedaan om zorgkantoren en AWBZ-uitvoerders met elkaar te vergelijken. Dit soort onderzoeken ligt wel binnen de mogelijkheden met de beschikbare gegevens.

Ons onderzoek is gebaseerd op computerbestanden: declaratiebestanden van Vektis en bestanden van het CAK en het CIZ. Ons uitgangspunt is dat deze bestanden een juiste weergave geven van de zorg die is gedeclareerd. Dit hoeft echter niet het geval te zijn maar we beschikken niet over andere gegevens. Daarom is bijzondere aandacht vereist voor zorg die niet zichtbaar in de registraties. Te denken valt aan zorg die wel gedeclareerd wordt maar niet geleverd is, of zorg die in een andere hoeveelheid of kwaliteit wordt gedeclareerd dan geleverd. Materiele controle en audits zijn voorbeelden van instrumenten om hier zicht op te krijgen.

Wij pleiten niet voor grootschalige materiele controle en audits; wel adviseren wij om deze instrumenten in te zetten bij zorgaanbieders die in dit onderzoek naar voren zijn gekomen en die wel als zeer opmerkelijk worden aangemerkt. Dat kan zijn omdat ze bij meerdere toetsen gesignaleerd werden dan wel bij verschillende anomalie methoden zichtbaar werden.

Het matchen van de gegevens van Vektis, CAK en CIZ is geen sinecure. Deze bestanden zijn met andere doelstellingen en doeleinden samengesteld. Het exact reconstrueren van gedeclareerde zorg aan individuele patiënten (ook al beschikken we over een uniek encrypt BurgerServiceNummer) is niet eenvoudig door verschillen in o.a. definities, peildata, correcties en mate van gedetailleerdheid van de gegeven. Het roept de vraag op welk van de databestanden de werkelijkheid het meest weerspiegelt. Als we uitgaan van het CAK-bestand dan zou alle gedeclareerde zorg die boven de grenzen volgens het CAK-bestand gelden, als te veel gedeclareerd moeten worden aangemerkt.

Wij achten een dergelijke benadering uiterst zinvol. Wanneer duidelijk is welk databestand als leidend (en als zo juist mogelijk) wordt aangemerkt, zal de detectie van onregelmatigheden alleen maar eenvoudiger en sneller worden.

Appendices

Appendix 1. Zwakke punten regelgeving en risico's volgens de NZa

AWBZ Zorg-in-Natura

In het rapport onderzoek zorgfraude van de NZa van december 2013 zijn de risico's op fraude geïnventariseerd. Dit rapport is mede gebruikt voor het opstellen van de toetsen, zie appendix 3. Veel van deze risico's in het bovenstaande rapport hebben betrekking op de kwaliteit van zorg. Per risico is nagegaan of dit met de data die voorhanden is, onderzocht kan worden. In de tabellen in deze appendix is dit weergegeven. Niet meegenomen betekent dat dit risico niet is onderzocht omdat dit niet uit de data gehaald kan worden of de data hier niet geschikt voor is.

AWBZ Algemeen:

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Zorginfrastructuur wordt afgesproken voor iets wat hier niet onder valt.	Midden	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Geen of minder uren zorg worden geleverd dan gedeclareerd	Hoog	Koppelen bestanden CAK en Vektis	Wel meegenomen
Andere, goedkopere zorg wordt geleverd dan worden gedeclareerd	Hoog	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Zorglevering aan cliënt die geen indicatie heeft	Laag	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen
Onterechte (hoge) indicatie	Hoog	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Is iets over opgenomen
Niet verzekerde zorg onder AWBZ bekostigen	Midden	Uit jaarrekening halen aanbieders met veel Zwv en AWBZ-activiteiten. Vervolgens audit	Niet meegenomen
Dubbele bekostiging, bijvoorbeeld AWBZ en Zwv	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen
Geld vragen voor 'extra' aan cliënt	Hoog	Signalen. Audit cliënten	Niet meegenomen

AWBZ Extramuraal:

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
PV of VP declareren als lagere kwaliteit zorg geleverd is	Hoog	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Meer zorg momenten declareren dan werkelijk leveren	Midden	Koppelen bestanden CAK en Vektis	Wel meegenomen
Ten onrechte declareren van extra of speciaal	Hoog	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Is iets over opgenomen
Structureel wordt minder dan een uur geleverd maar wel gedeclareerd	Hoog	Datamining?	Niet meegenomen
Extramuraal leveren boven op ZZP	Laag	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen
Verpleging bij AWBZ en Zvw declareren	Hoog	Analyse juistheid uitkomst	Meegenomen
Declareren boven de bandbreedte van de indicatie	Hoog	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen
Prestatie AIV voldoet niet aan de voorwaarden.	Midden	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen

AWBZ Intramuraal Algemeen:

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Meer afwezigheid dan toegestaan wordt gedeclareerd	Midden	?	Niet meegenomen
Upcoding indicatie via HIT of SIP	Hoog	Statistische afwijking	Niet meegenomen
Declaratie inclusief behandeling maar niet geleverd	Hoog	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Declaratie inclusief dagbesteding maar niet geleverd	Midden	Audit bij cliënten	Niet meegenomen
Ten onrechte worden opslagen (kapitaallasten en inventaris) gedeclareerd	Midden	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Wel meegenomen
Ten onrechte gebruiken maken van de prestatie crisiszorg	Laag	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen
Ten onrechte toeslag afspreken voor cliënt	Midden	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Wel meegenomen
Toeslag declareren maar niet leveren	Midden	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen

AWBZ Intramuraal GHZ:

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Meerzorg wordt ten onrechte of te hoog gedeclareerd/afgesproken	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Niet meegenomen
Middelen meerzorg worden niet of aan andere dingen uitgegeven	Hoog	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Vervoerskosten declareren terwijl geen vervoer heeft plaatsgevonden	Midden	Declaraties vervoer vergelijken met jaarrekening vervoersmiddelen of contracten vervoerders	Niet meegenomen
Begeleiding ZG tlv AWBZ dat hoort bij WMO of Zvw	Midden	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Leeftijd toeslagen fout gehanteerd	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen

AWBZ Intramuraal Verblijf en Verzorging:

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Meer mutatiedagen worden gedeclareerd dan werkelijk worden gebruikt	Hoog	Analyse juistheid uitkomst en Statistische afwijking	Wel meegenomen
Extreme kosten zorg gebonden materiaal worden wel bekostigd maar niet of in mindere mate (hieraan) uitgegeven	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Niet meegenomen
Ten onrechte wordt gedeclareerd voor gedwongen verhuizing	Hoog	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen

AWBZ Intramuraal GGZ:

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
DBC en ZZP wordt gedeclareerd	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Niet meegenomen
Grens 18-jaar wordt niet goed gehanteerd	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen
Grens 365 dagen wordt niet goed gehanteerd	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Niet meegenomen

AWBZ Dagbesteding:

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Leveren van 'dagvulling' in plaats van dagbesteding. Dagbesteding is vervanging voor werk en niet bedoeld voor tijdverdrijf.	Midden	Audit bij aanbieders	Niet meegenomen
Dagdelen dagactiviteit op jaarbasis boven indicatie	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen

Kapitaallasten en NHC

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Hogere dan werkelijke kosten van nacalculerbare kapitaallasten, inventaris of huur wordt aangevraagd en bevoorschot	Hoog	Analyse juistheid uitkomst	Niet meegenomen

AWBZ Overige

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Middelen voor Innovatie worden aan bestaande prestatie uitgegeven	Midden	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Lumpsum ketenzorg dementie wordt niet aan het experiment uitgegeven	Laag	Audit bij aanbieder	Niet meegenomen
Hulpmiddelen worden ten onrecht uit de AWBZ bekostigd	Laag	Analyse juistheid uitkomst	Niet meegenomen
Interne cliënten worden als extern gedeclareerd bij de tandarts AWBZ Ten onrechte wordt tarief tandarts met eigen praktijk gedeclareerd	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Niet meegenomen
Ten onrechte wordt narcose door de tandarts gedeclareerd	Laag	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
Te hoge kosten van AWBZ-zorg in het buitenland worden opgegeven	Midden	Analyse juistheid uitkomst	Wel meegenomen

AWBZ PGB

Risico	Mate van Risico	Toets	Wel of niet meegenomen
Aanbieder/Bemiddelbureau zorgt dat geld niet bij cliënt terecht komt en levert veel minder zorg	Hoog		Niet meegenomen
Zorg wordt in de verantwoording opgenomen maar niet geleverd	Hoog		Niet meegenomen
Betalen van niet zorgkosten zoals administratie en bemiddeling	Hoog		Niet meegenomen
Medische situatie erger voordoen dan werkelijk	Hoog		Niet meegenomen
PGB-indicatie om valse reden aangevraagd	Midden		Niet meegenomen
Met vervalste handtekening verlenging aanvragen	Hoog		Niet meegenomen
Onterechte aanvragen ziektegeld	Laag	Statistische afwijking. Audit bij uitschieters	Niet meegenomen
PGB is niet meer nodig maar wordt niet gestopt. Zorgverlener 'declareert' door	Hoog		Niet meegenomen
Beheer bankpas cliënt en geen zorg leveren	Hoog		Niet meegenomen
Ondertekenen blanco urenoverzichten	Hoog		Niet meegenomen
Zorg geleverd terwijl cliënt op vakantie is	Hoog		Niet meegenomen

Appendix 2. Gebruikte databestanden en gegevens

De volgende bestanden zijn gebruikt in de analyse, zie de toelichting in paragraaf 1.5 en tabel 1.

Bron	Bestandsnaam	Inhoud	Tijdvak
Vektis	AWBZ_bsn9_2012_20140415.csv	Informatie over declaraties 2012	2012
Vektis	AWBZ_bsn9_2013_20140415.csv	Informatie over declaraties 2013	2013
Vektis	AWBZ_decla_2012_20140128.csv	Informatie over declaraties 2012 (gewijzigde encryptie)	2012
Vektis	AWBZ_decla_2013_20140128.csv	Informatie over declaraties 2013 (gewijzigde encryptie)	2013
CAK	CIZ_VEKTIS_2012_kopie.csv	Informatie over Eigen Bijdrage 2012	2012
CAK	CIZ_VEKTIS_2013_kopie.csv	Informatie over Eigen Bijdrage 2013	2013
CIZ	Jaar2013_obv_2014-01_export_rec1+2.csv	Informatie over indicaties 2013	2013
CIZ	Jaar2013_obv_2014-01_export_rec1+2.csv	Informatie over indicaties 2012	2012
Vektis	pgb_2012_v2.csv	Informatie over PGB 2012	2012

Tabel 1. Overzicht van de gebruikte databestanden, peildatum van bestanden verschilt.

Gegevens in het bestand over ZIN-declaraties

1. Pseudoniem BSN
2. "Qa301_Uzovicode"
3. "Geboortejaar"
4. "Geboortemaand"
5. "Geslacht"
6. "Postcode_Nrs"
7. "Gemeentecode"
8. "Gemeentenaam"
9. "Landcode"
10. "Indicatie_Overleden"
11. "Code_Indicatieorgaan"
12. "Indicatie_Aanvraagnummer"
13. "Indicatiebesluitnummer"
14. "Functiecode"
15. "Zorgzwaartepakketcode"
16. "Begindatum_Prestatie"
17. "Einddatum_Prestatie"
18. "Aanduiding_Prestatiecodelijst"
19. "Prestatiecode"
20. "Aantal_Uitgevoerde_Prestaties"
21. "Tijdseenheid_Zorgperiode"
22. "Zorgverlenerscode_Uitvoerder"
23. "Uitvoerend_Specialismecode"
24. "Zorgverlenerscode_Verwijzer"
25. "Tarief"
26. "Berekend_Bedrag"
27. "Debet_Credit_Berekend_Bedrag"
28. "Vergoed_Bedrag_Awbz"
29. "Debet_Credit_Vergoed_Bedrag_Awbz"
30. "Zorgkantoor"
31. "Soortaanleverperiode"
32. "Aanleverperiodejaar"
33. "Aanleverperiodevolgnr"

Gegevens in het bestand PGB

1	Pseudoniem BSN
2	postcode
3	geboortejaar_maand
4	eerste_grondslag
5	tweede_grondslag
6	Verblijfsindicatie
7	zzpcode
8	bruto_pgb
9	eigen_bijdrage
10	status_eigen_bijdrage
11	budgetgarantie
12	zorgkantoor
13	indicatiebesluitnummer
14	beschikkingsnummer
15	functie
16	indicatie_vervoer
17	ingangsdatum
18	einddatum
19	toegekend_budget

CAK-gegevens

1	pseudoniem bsn
2	"geboortejaar"
3	"postcode"
4	"geslacht"
5	"burgelijkestaat"
6	"ind_overlijden"
7	"overlijdensdatum"
8	"inkomenscategorie"
9	"eb_wmo"
10	"eb_awbz"
11	"eb_zmv"
12	"wmo_hh_aanwezig"
13	"wmo_hh_omvang"
14	"henv_aanwezig"
15	"wmo_pgb_aanwezig"
16	"pv_aanwezig"
17	"pv_omvang"
18	"vp_aanwezig"
19	"vp_omvang"
20	"bgi_aanwezig"
21	"bgi_omvang"
22	"bgg_aanwezig"
23	"bgg_omvang"
24	"vv_aanwezig"
25	"vv_omvang"
26	"zg_aanwezig"
27	"zg_omvang"
28	"ggz_aanwezig"
29	"ggz_omvang"
30	"lg_aanwezig"
31	"lg_omvang"
32	"lvg_aanwezig"
33	"lvg_omvang"
34	"sglvg_aanwezig"
35	"sglvg_omvang"
36	"eb_zzv_besch"
37	"eb_zmv_besch"
38	"aant_za_zzv"
39	"aant_za_zmv"
40	"type"

Gegevens in het bestand indicaties

1	Pseudoniem BSN
2	"brgstaat"
3	"gebjaar"
4	"gesl"
5	"ovldatum"
6	"pc"
7	"dominante_grondslag"
8	"secundaire_grondslag"
9	"pv_2"
10	"vp_2"
11	"bha_2"
12	"bhv_2"
13	"bgi_2"
14	"bgg_2"
15	"bhi_2"
16	"bhg_2"
17	"kvb_2"
18	"vbt_2"
19	"vbl_2"
20	"zzp_2"
21	"adl_2"
22	"pv1_2"
23	"vp1_2"
24	"bgi1_2"
25	"bgg1_2"
26	"bhg1_2"
27	"kvb1_2"
28	"vbt1_2"
29	"vbl1_2"
30	"zzp1_2"
31	"pv2_2"
32	"vp2_2"
33	"bgi2_2"
34	"bgg2_2"
35	"bhg2_2"
36	"kvb2_2"
37	"vbt2_2"
38	"vbl2_2"
39	"zzp2_2"
40	"pv3_2"
41	"vp3_2"
42	"bgi3_2"
43	"bgg3_2"
44	"bhg3_2"
45	"kvb3_2"
46	"vbt3_2"
47	"vbl3_2"
48	"zzp3_2"
49	"pv1_start"

50 "vp1_start"
51 "bgi1_start"
52 "bgi1_start"
53 "bhg1_start"
54 "kvb1_start"
55 "vbt1_start"
56 "vbl1_start"
57 "zpz1_start"
58 "bha_start"
59 "bhv_start"
60 "bhi_start"
61 "adl_start"
62 "pv2_start"
63 "vp2_start"
64 "bgi2_start"
65 "bgi2_start"
66 "bhg2_start"
67 "kvb2_start"
68 "vbt2_start"
69 "vbl2_start"
70 "zpz2_start"
71 "pv3_start"
72 "vp3_start"
73 "bgi3_start"
74 "bgi3_start"
75 "bhg3_start"
76 "kvb3_start"
77 "vbt3_start"
78 "vbl3_start"
79 "zpz3_start"
80 "pv1_eind"
81 "vp1_eind"
82 "bgi1_eind"
83 "bgi1_eind"
84 "bhg1_eind"
85 "kvb1_eind"
86 "vbt1_eind"
87 "vbl1_eind"
88 "zpz1_eind"
89 "bha_eind"
90 "bhv_eind"
91 "bhi_eind"
92 "adl_eind"
93 "nul_eind"
94 "pv2_eind"
95 "vp2_eind"
96 "bgi2_eind"
97 "bgi2_eind"
98 "bhg2_eind"
99 "kvb2_eind"

100 "vbt2_eind"
101 "vbl2_eind"
102 "zpz2_eind"
103 "pv3_eind"
104 "vp3_eind"
105 "bgi3_eind"
106 "bgg3_eind"
107 "bhg3_eind"
108 "kvb3_eind"
109 "vbt3_eind"
110 "vbl3_eind"
111 "zpz3_eind"
112 "pv1_zo"
113 "pv2_zo"
114 "pv3_zo"
115 "vp1_zo"
116 "vp2_zo"
117 "vp3_zo"
118 "bgi1_zo"
119 "bgi2_zo"
120 "bgi3_zo"
121 "bgg1_zodd"
122 "bgg2_zodd"
123 "bgg3_zodd"
124 "bhg1_zodd"
125 "bhg2_zodd"
126 "bhg3_zodd"
127 "vbt1_zo"
128 "vbt2_zo"
129 "vbt3_zo"
130 "kvb1_zo"
131 "kvb2_zo"
132 "kvb3_zo"
133 "vbl1_0"
134 "vbl2_0"
135 "vbl3_0"
136 "zpz1_0"
137 "zpz2_0"
138 "zpz3_0"
139 "zpz1_code"
140 "zpz2_code"
141 "zpz3_code"
142 "pv1_lv"
143 "vp1_lv"
144 "bgi1_lv"
145 "bgg1_lv"
146 "bhg1_lv"
147 "kvb1_lv"
148 "vbt1_lv"
149 "vbl1_lv"

150 "zpz1_lv"
151 "bha_lv"
152 "bhv_lv"
153 "bhi_lv"
154 "adl_lv"
155 "pv2_lv"
156 "vp2_lv"
157 "bgi2_lv"
158 "bgg2_lv"
159 "bhg2_lv"
160 "kvb2_lv"
161 "vbt2_lv"
162 "vbl2_lv"
163 "zpz2_lv"
164 "pv3_lv"
165 "vp3_lv"
166 "bgi3_lv"
167 "bgg3_lv"
168 "bhg3_lv"
169 "kvb3_lv"
170 "vbt3_lv"
171 "vbl3_lv"
172 "zpz3_lv"
173 "zin"
174 "pqb"
175 "lv_cat"
176 "bgg1_vv"
177 "bgg2_vv"
178 "bgg3_vv"
179 "bhg1_vv"
180 "bhg2_vv"
181 "bhg3_vv"
182 "mz_voll"
183 "rio_code"
184 "riocd_obv_clid"
185 "AV_numm"
186 "BS_numm"
187 "BS_vlgnr"
188 "mandaat"
189 "era1"
190 "lengte_bsn"

Appendix 3. Overzicht van de toetsen

Deze appendix geeft een overzicht van de toetsen en invalshoeken die gehanteerd zijn bij het opsporen van overtredingen en onregelmatigheden in de declaratiebestanden.

De toetsen zijn onderverdeeld in een viertal categorieën:

1. Algemene (exploratieve) toetsen waarmee een beeld wordt verkregen van de beschikbare gegevens, omvang van de gedeclareerde bedragen en uitschieters (opvallende zaken).
2. Inhoudelijke toetsen om niet-correcte declaraties inzichtelijk te maken. Dit zijn harde toetsen die op basis van vastgestelde richtlijnen kunnen worden uitgevoerd.
3. Statistische en anomalie detectie toetsen die worden gebruikt om afwijkingen ten opzichte van hetgeen redelijkerwijs verwacht mag worden vast te stellen.
4. Toetsen op de kwaliteit en consistentie van de beschikbare data.

1. Algemene (exploratieve) toetsen

Algemene toetsen waarbij het resultaat een overzicht is met uitkomsten per instelling (AGB code) en per zorgkantoor (o.b.v. PGB en ZIN).

1. *Wat is de omzet (totaal toegekend bedrag)?*
2. *Wat is het aantal patiënten?*
3. *Wat is de omzet per patiënt?*
4. *Wat is het aantal declaraties per patiënt?*
5. *Wat is de gemiddelde leeftijd per patiënt?*
6. *Wat is het aantal correcties?*

Algemene toetsen waarbij het resultaat een overzicht is met uitkomsten per patiënt (BSN) (o.b.v. ZIN en indien mogelijk PGB).

7. *Wat is de omzet?*
8. *Wat is het aantal declaraties?*
9. *Wat is de omzet per declaratie?*
10. *Wat is het aantal unieke AGB-codes?*
11. *Wat is het aantal unieke zorgkantoren?*
12. *Wat is de gemiddelde leeftijd?*
13. *Hoeveel personen komen wel voor in het declaratiebestand en niet in het bestand met indicaties (met uitzondering van personen <18 en de niet-geïndiceerde partner)en wat is de omvang van het gedeclareerde bedrag voor deze niet-geïndiceerde personen?*

2. Inhoudelijke toetsen

Registratie en declaratie (ZIN)

Het gedeclareerde bedrag mag niet hoger zijn dan de maximale beleidsregelwaarde zoals deze opgenomen is in de beleidsregels van de NZa.

14. Bereken het aantal declaraties met een hoger tarief dan de maximale beleidsregelwaarde.

Mogelijk dat zorgaanbieders voor de intramurale zorg een integraal tarief declareren. Dit is niet conform de beleidsregels. Uiteindelijk wordt hier geen financieel gewin mee gehaald. Als verdieping van toets 14 is daarom de volgende toets opgenomen.

15. Bereken per instelling, het aantal declaraties met een hoger tarief dan het tarief voor loon, materieel (ZZP) plus de kapitaallasten (NHC) dat toegestaan is.

Een aantal prestaties kan niet met elkaar worden gecombineerd. Daarnaast zijn er prestaties waar een leeftijdsgrens op zit. Ook zijn er verplichte combinaties van prestaties. Er is dan sprake van een hoofdprestatie op basis waarvan een aanvullende prestatie (bijv. toeslag, vervoer, kapitaallasten) gedeclareerd mag worden.

16. Per patiënt, nagaan of er niet-toegestane combinaties van prestatiegroepen zijn gedeclareerd in dezelfde tijdsperiode.

17. Per patiënt, nagaan of er gelijktijdig combinaties van toeslagen worden gedeclareerd die niet zijn toegestaan.

18. Per patiënt, nagaan of aanvullende prestaties in combinatie met een geldige hoofdprestatie worden gedeclareerd. Het declareren van een aanvullende prestatie zonder dat voor dezelfde tijdsperiode een basisprestatie wordt gedeclareerd, is niet toegestaan.

19. Per patiënt, nagaan of leeftijdsgebonden toeslagen en basisprestaties gedeclareerd zijn voor de patiënt in de juiste leeftijdscategorie.

20. Per patiënt, nagaan of NHC prestaties gedeclareerd zijn in combinatie met een bijbehorende prestatie.

Per patiënt kan niet meer zorg gedeclareerd worden dan per jaar of dag mogelijk is.

21. Per patiënt nagaan of de totale hoeveelheid zorg die in rekening gebracht is voor wat betreft tijd mogelijk is, ongeacht de afgegeven indicatie.

Na het overlijden mag nog maximaal 13 bij de VV dagen voor intramurale zorg in rekening gebracht worden.

22. Per patiënt nagaan of na het overlijden nog zorg wordt gedeclareerd, waarbij voor de VV rekening wordt gehouden met de mutatiedagen.

23. Per patiënt nagaan of er mutatiedagen VV worden gedeclareerd terwijl cliënt niet is overleden.

Voordat de uiteindelijke declaratie tot stand komt, worden bewerkingen op de data gedaan. Hierdoor komt het gedeclareerde bedrag mogelijk niet overeen met de onderliggende prestaties en tarieven.

24. Per AGB code nagaan of het gedeclareerde bedrag overeenkomt met de onderliggende prestaties en tarieven.

25. Stel vast hoeveel correcties per AGB code zijn aangebracht waarbij het credit bedrag niet overeenkomt met het debet bedrag. Geef aan wat het totaalbedrag is waarbij negatieve en positieve correcties niet worden gesaldeerd, maar separaat inzichtelijk worden gemaakt.

PGB

In de subsidieregeling AWBZ is het plafond voor 2012 vastgesteld op 2,689 miljard en voor 2013 op 2,755 miljard.

26. Nagaan of het totaal gedeclareerde zorg binnen dit kader blijft zowel in totaal als per zorgkantoorregio. Wegens het ontbreken van data over 2013, kan deze toets enkel over 2012 worden uitgevoerd.

27. Ga per patiënt na of er sprake is van een overlappende periode met gelijke functiecode/zorgzwaartepakketcode tussen PGB en ZIN.

Combinatie CIZ, CAK en Vektis (ZIN en PGB)

De geleverde zorg mag alleen gedeclareerd worden als een onafhankelijke indicatie gesteld is en de zorg die geleverd is moet kloppen met de indicatie die gesteld is.

28. Per patiënt waar voor gedeclareerd wordt, nagaan of een indicatie is afgegeven en vaststellen of de gedeclareerde zorg binnen de geldigheidstermijn van de indicatie valt.

29. Per patiënt nagaan of de declaratie van prestaties van een extramurale functie of een ZZP past bij de ZZP-indicatie die gesteld is.

30. Per patiënt met een extramurale indicatie nagaan of het aantal gedeclareerde uren per functie past binnen de bandbreedte bij de extramurale indicatie die gesteld is.

Op basis van de extramuraal geleverde zorg wordt de eigen bijdrage vastgesteld (ZIN).

31. Per cliënt nagaan of de gedeclareerde uren overeenkomen met de geleverde zorg volgens het CAK.

32. Per cliënt nagaan of het toegekende PGB-bedrag passend is bij de indicatie.

Dubbele bekostiging

Het kan voorkomen dat een rekening dubbel wordt ingediend.

33. *Hoe vaak komt het voor dat er 2 (of meer) records zijn met dezelfde BSN, declaratiecode, zorgkantoor, openingsdatum en sluitingsdatum?*

34. *Per patiënt (BSN nummer) nagaan of op hetzelfde moment bij meerdere zorgkantoren wordt gedeclareerd. Hoe vaak komt het voor dat er 2 (of meer) records zijn met dezelfde BSN, declaratiecode, openingsdatum en sluitingsdatum, maar van verschillende zorgkantoren?*

Koppeling met Zvw

Bij patiënten met een ZP met behandeling moeten alle huisartsenzorg bekostigd worden vanuit de AWBZ. Het is dus niet toegestaan dat voor patiënten met een ZP met behandeling om gedurende dezelfde tijdsperiode ook een declaratie voor huisarts hebben.

35. *Per patiënt nagaan of een ZP met behandeling en een declaratie voor huisarts is gedeclareerd. Hierbij moet gekeken worden naar dezelfde tijdsperiode.*

3. Statistische toetsen

Het is mogelijk dat ten onrechte toeslagen in rekening worden gebracht.

36. *Voer een anomalie detectie uit voor AGB's met als variabele het gemiddelde aantal toeslagen per patiënt. Doe dit voor intramuraal en extramuraal afzonderlijk.*

Het kan voorkomen dat duurdere zorg wordt gedeclareerd dan geleverd. Een voorbeeld is het declareren van persoonlijke verzorging speciaal terwijl persoonlijke verzorging basis of extra is geleverd.

37. a. *Voer een anomalie detectie uit voor AGB's met als variabele de verhouding tussen het aantal waar de prestatie speciaal voor afgesproken is t.o.v. het totaal aantal prestaties. Dit betreft de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.*

b. *Doe dit eveneens voor de prestaties extra t.o.v. de basis. Dit betreft de functies persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding.*

38. a. *Bepaal de duurste patiënten per jaar en focus op de patiënten met meer dan 250k aan zorg per jaar.*

b. *Voer daarnaast een anomalie detectie uit voor AGB's met als variabele het gemiddeld gedeclareerd bedrag op jaarbasis. Voer deze anomalie detectie uit intramuraal en extramuraal afzonderlijk.*

Na het overlijden van een patiënt mag in de VV maximaal 13 mutatiedagen gedeclareerd worden.

39. a. *Check per AGB code of bij overleden patiënten meer dan 13 mutatiedagen zijn gedeclareerd. Check eveneens of per AGB code bij overlijden van patiënten 12 mutatiedagen zijn gedeclareerd.*

b. *Voer een anomalie detectie uit voor AGB's met als variabele het gemiddeld aantal mutatiedagen per overleden patiënt, alleen intramuraal.*

4. Toetsen op de kwaliteit en consistentie van de beschikbare data:

40. *Stel vast of er declaratieregels zijn waarbij de aanleverperiode voor de startdatum en/of de einddatum van de gedeclareerde prestatie ligt.*
41. *Stel vast of functiecode gelijk is aan "00" als de zorgzwaartepakketcode >0.*
42. *Stel vast of alle functiecodes voorkomen in de Vektis-tabel functiecodes (COD732-VEKT).*
43. *Stel vast of de einddatum van de prestatie groter dan of gelijk is aan de begindatum van de prestatie.*
44. *Stel vast of alle prestatiecodes voorkomen in de koppeltabel_declareren_AWBZ_zorg_2014_v20.*
45. *Stel met betrekking tot het declaratiebestand vast of het berekend bedrag gelijk is aan het aantal_uitgevoerde_prestaties x tarief.*
46. *Stel met betrekking tot het declaratiebestand vast of het gedeclareerde bedrag kleiner dan of gelijk is aan het berekend bedrag.*
47. *Stel vast voor hoeveel cliënten het gedeclareerd bedrag op jaarbasis groter is dan 250k euro en geef aan wat het totaalbedrag van deze overschrijding is.*
48. *Stel voor alle gedeclareerde ZZP's vast of het aantal uitgevoerde prestaties kleiner is dan of gelijk is de gedeclareerde periode (einddatum van de prestatie minus de begindatum van de prestatie +1).*
49. *Stel vast hoeveel declaraties er voorkomen van patiënten met een geboortejaar < 1920.*
50. *Stel vast hoeveel correcties per AGB code zijn aangebracht waarbij het credit bedrag niet overeenkomt met het debet bedrag. Geef aan wat het totaalbedrag is waarbij onderscheid tussen de negatieve en de positieve correcties gemaakt wordt. Zie voor deze toets ook toets 25.*
51. *Zijn de buitenlandse declaraties door het juiste zorgkantoor gedeclareerd?*

Appendix 4. Tabellen en matrices die zijn gebruikt

- Leeftijdstabel die leeftijdscategorie met prestatiecode verbindt
- Matrix die niet-valide combinaties van prestatiecodegroepen aangeeft
- Matrix die niet-valide combinaties van individuele prestaties aangeeft

Prestatie		Leeftijd	
Code	Omschrijving	Min	Max
H326	Behandeling SGLVG traject	18	999
H331	Behandeling Families First (j)LVG	0	22
H334	Behandeling IOG (j)LVG	0	22
H803	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	18	999
H814	Dagactiviteit (begeleiding) VG kind licht	0	17
H815	Dagactiviteit (begeleiding) VG kind midden	0	17
H816	Dagactiviteit (begeleiding) VG kind zwaar	0	17
H817	Dagbehandeling VG kind emg	0	17
H818	Dagactiviteit (begeleiding) VG kind gedrag	0	17
H819	Dagbehandeling VG EMG	18	999
H820	Dagbehandeling VG kind midden	0	17
H821	Dagbehandeling VG kind zwaar	0	17
H822	Dagbehandeling VG kind gedrag	0	17
H834	Dagactiviteit (begeleiding) LG kind licht	0	17
H835	Dagactiviteit (begeleiding) LG kind midden	0	17
H836	Dagactiviteit (begeleiding) LG kind zwaar	0	17
H837	Dagbehandeling LG volwassenen licht	18	999
H838	Dagbehandeling LG volwassenen midden	18	999
H839	Dagbehandeling LG volwassenen zwaar	18	999
H854	Dagactiviteit (begeleiding) ZG kind auditief licht	0	17
H855	Dagactiviteit (begeleiding) ZG kind auditief midden	0	17
H856	Dagactiviteit (begeleiding) ZG kind auditief zwaar	0	17
H874	Dagactiviteit (begeleiding) ZG kind visueel licht	0	17
H875	Dagactiviteit (begeleiding) ZG kind visueel midden	0	17
H876	Dagactiviteit (begeleiding) ZG kind visueel zwaar	0	17
H891	Naschoolse dagbehandeling JLVG	3,5	22
H894	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GHZ extramuraal	18	999
H895	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GHZ rolstoel extramuraal	18	999
H896	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling kind extramuraal	0	17
H908	Kapitaallasten dagbesteding VG	18	999
H909	Inventaris dagbesteding VG	18	999
H918	Kapitaallasten dagbesteding LG	18	999
H919	Inventaris dagbesteding LG	18	999
H928	Kapitaallasten dagbesteding ZG	18	999
H929	Inventaris dagbesteding ZG	18	999
H940	Toeslag kind dagbesteding VG licht	0	17
H941	Toeslag kind dagbesteding VG midden	0	17
H942	Toeslag kind dagbesteding VG5/VG8 midden emg	0	17
H943	Toeslag kind dagbesteding VG zwaar	0	17
H950	Toeslag kind dagbesteding LG licht	0	17
H951	Toeslag kind dagbesteding LG midden	0	17
H952	Toeslag kind dagbesteding LG zwaar	0	17
H960	Toeslag kind dagbesteding ZG auditief licht	0	17
H961	Toeslag kind dagbesteding ZG auditief midden	0	17
H962	Toeslag kind dagbesteding ZG auditief zwaar	0	17
H970	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel licht	0	17
H971	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel midden	0	17
H972	Toeslag kind dagbesteding ZG visueel zwaar	0	17
H974	Vervoer dagbesteding GHZ intramuraal	18	999
H975	Vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	18	999
H976	Vervoer dagbesteding Kind intramuraal	0	17
H997	Dagactiviteit LZA kind en jeugd	0	17

V901	Vervoer dagbesteding V&V	18	999
V902	Vervoer dagbesteding GGZ+B6	18	999
V903	Vervoer dagbesteding GHZ	18	999
V904	Vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	18	999
V905	Vervoer dagbesteding kind intramuraal	0	17
V913	Toeslag dagbesteding GHZ kind - licht	0	17
V914	Toeslag dagbesteding GHZ kind - midden	0	17
V915	Toeslag dagbesteding GHZ kind - zwaar	0	17
V978	Toeslag woonzorg gehandicaptenzorg kind	0	11
V979	Toeslag woonzorg gehandicaptenzorg jeugd	12	17
V980	Toeslag woonzorg gehandicaptenzorg jong volwassenen	18	22
X916	Toeslag NHC kinderdagcentra GHZ (KDC)	0	17
Y491	Kapitaallasten NHC dagbesteding 1 VG	18	999
Y492	Kapitaallasten NHC dagbesteding 2 VG	18	999
Y493	Kapitaallasten NHC dagbesteding 3 VG	18	999
Y494	Kapitaallasten NHC dagbesteding 4 VG	18	999
Y495	Kapitaallasten NHC dagbesteding 5 VG	18	999
Y496	Kapitaallasten NHC dagbesteding 6 VG	18	999
Y497	Kapitaallasten NHC dagbesteding 7 VG	18	999
Y498	Kapitaallasten NHC dagbesteding 8 VG	18	999
Y691	Kapitaallasten NHC dagbesteding 1 LG	18	999
Y692	Kapitaallasten NHC dagbesteding 2 LG	18	999
Y693	Kapitaallasten NHC dagbesteding 3 LG	18	999
Y694	Kapitaallasten NHC dagbesteding 4 LG	18	999
Y695	Kapitaallasten NHC dagbesteding 5 LG	18	999
Y696	Kapitaallasten NHC dagbesteding 6 LG	18	999
Y697	Kapitaallasten NHC dagbesteding 7 LG	18	999
Y791	Kapitaallasten NHC dagbesteding 1 ZG-aud	18	999
Y792	Kapitaallasten NHC dagbesteding 2 ZG-aud	18	999
Y793	Kapitaallasten NHC dagbesteding 3 ZG-aud	18	999
Y794	Kapitaallasten NHC dagbesteding 4 ZG-aud	18	999
Y891	Kapitaallasten NHC dagbesteding 1 ZG-vis	18	999
Y892	Kapitaallasten NHC dagbesteding 2 ZG-vis	18	999
Y893	Kapitaallasten NHC dagbesteding 3 ZG-vis	18	999
Y894	Kapitaallasten NHC dagbesteding 4 ZG-vis	18	999
Y895	Kapitaallasten NHC dagbesteding 5 ZG-vis	18	999
Z901	Vervoer dagbesteding V&V	18	999
Z902	Vervoer dagbesteding GGZ	18	999
Z903	Vervoer dagbesteding GHZ	18	999
Z904	Vervoer dagbesteding GHZ rolstoel intramuraal	18	999
Z905	Vervoer dagbesteding Kind intramuraal	0	17
Z913	Toeslag dagbesteding GHZ kind - licht	0	17
Z914	Toeslag dagbesteding GHZ kind - midden	0	17
Z915	Toeslag dagbesteding GHZ kind - zwaar	0	17
Z919	Dagbesteding gehandicaptenzorg kind VG5/VG8 midden EMG	0	17
Z978	Toeslag woonzorg gehandicaptenzorg kind	0	11
Z979	Toeslag woonzorg gehandicaptenzorg jeugd	12	17
Z980	Toeslag woonzorg gehandicaptenzorg jong volwassenen	18	22

Z212	1GGZ-B (incl.BH excl.DB)	18	999
Z213	1GGZ-B (incl.BH incl.DB)	18	999
Z222	2GGZ-B (incl.BH excl.DB)	18	999
Z223	2GGZ-B (incl.BH incl.DB)	18	999
Z232	3GGZ-B (incl.BH excl.DB)	18	999
Z233	3GGZ-B (incl.BH incl.DB)	18	999
Z242	4GGZ-B (incl.BH excl.DB)	18	999
Z243	4GGZ-B (incl.BH incl.DB)	18	999
Z252	5GGZ-B (incl.BH excl.DB)	18	999
Z253	5GGZ-B (incl.BH incl.DB)	18	999
Z262	6GGZ-B (incl.BH excl.DB)	18	999
Z263	6GGZ-B (incl.BH incl.DB)	18	999
Z272	7GGZ-B (incl.BH excl.DB)	18	999
Z273	7GGZ-B (incl.BH incl.DB)	18	999
Z310	1GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
Z311	1GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
Z320	2GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
Z321	2GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
Z330	3GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
Z331	3GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
Z340	4GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
Z341	4GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
Z350	5GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
Z351	5GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
Z360	6GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
Z361	6GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
Z883	Opslag kapitaallasten 1GGZ-B en C	18	999
Z884	Opslag kapitaallasten 2GGZ-B en C	18	999
Z885	Opslag kapitaallasten 3GGZ-B en C	18	999
Z886	Opslag kapitaallasten 4GGZ-B en C	18	999
Z887	Opslag kapitaallasten 5GGZ-B en C	18	999
Z888	Opslag kapitaallasten 6GGZ-B en C	18	999
Z889	Opslag kapitaallasten 7GGZ-B	18	999
Z893	Opslag inventaris 1 GGZ-B en C	18	999
Z894	Opslag inventaris 2 GGZ-B en C	18	999
Z895	Opslag inventaris 3 GGZ-B en C	18	999
Z896	Opslag inventaris 4 GGZ-B en C	18	999
Z897	Opslag inventaris 5 GGZ-B en C	18	999
Z898	Opslag inventaris 6 GGZ-B en C	18	999
Z899	Opslag inventaris 7 GGZ-B	18	999

V310	VPT 1GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
V311	VPT 1GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
V320	VPT 2GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
V321	VPT 2GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
V330	VPT 3GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
V331	VPT 3GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
V340	VPT 4GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
V341	VPT 4GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
V350	VPT 5GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
V351	VPT 5GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
V360	VPT 6GGZ-C (excl.BH excl.DB)	18	999
V361	VPT 6GGZ-C (excl.BH incl.DB)	18	999
V883	Opslag kapitaallasten 1GGZ-C	18	999
V884	Opslag kapitaallasten 2GGZ-C	18	999
V885	Opslag kapitaallasten 3GGZ-C	18	999
V886	Opslag kapitaallasten 4GGZ-C	18	999
V887	Opslag kapitaallasten 5GGZ-C	18	999
V888	Opslag kapitaallasten 6GGZ-C	18	999
V893	Opslag inventaris 1 GGZ-C	18	999
V894	Opslag inventaris 2 GGZ-C	18	999
V895	Opslag inventaris 3 GGZ-C	18	999
V896	Opslag inventaris 4 GGZ-C	18	999
V897	Opslag inventaris 5 GGZ-C	18	999
V898	Opslag inventaris 6 GGZ-C	18	999
K.1.1	Beperkte tot volledige begeleiding	0	17
K.1.2	Continue tot zeer intensieve bescherming	0	17
K.1.3	Stabilis. met beperkte tot volledige begeleiding	0	17
K.1.4	Stabilis. met continue tot zeer intensieve bescherming	0	17
K.1.5	Zeer intensief met beperkte tot volledige begeleiding	0	17
K.1.6	Zeer intensief met continue tot zeer intensieve bescherming	0	17
Z933	Opslag kapitaallasten 1GGZ-B+C	18	999
Z934	Opslag kapitaallasten 2GGZ-B+C	18	999
Z935	Opslag kapitaallasten 3GGZ-B+C	18	999
Z936	Opslag kapitaallasten 4GGZ-B+C	18	999
Z937	Opslag kapitaallasten 5GGZ-B+C	18	999
Z938	Opslag kapitaallasten 6GGZ-B+C	18	999
Z939	Opslag kapitaallasten 7GGZ-B	18	999
Z956	Vervoer dagactiviteit VG (rolstoel). VG midden en zwaar (VG5 t/m VG8)	0	999
Z957	Vervoer dagactiviteit VG kind emg. Kind emg, kind gedrag	0	17
Z962	Vervoer dagactiviteit VG (rolstoel). VG midden en zwaar (VG5 t/m VG8)	0	999
Z963	Vervoer dagactiviteit VG kind emg. Kind emg, kind gedrag	0	17
V956	VPT Vervoer dagactiviteit VG (rolstoel). VG midden en zwaar (VG5 t/m VG8)	0	999
V957	VPT Vervoer dagactiviteit VG kind emg. Kind emg, kind gedrag	0	17
V933	VPT Opslag kapitaallasten 1GGZ-C	18	999
V934	VPT Opslag kapitaallasten 2GGZ-C	18	999
V935	VPT Opslag kapitaallasten 3GGZ-C	18	999
V936	VPT Opslag kapitaallasten 4GGZ-C	18	999
V937	VPT Opslag kapitaallasten 5GGZ-C	18	999
V938	VPT Opslag kapitaallasten 6GGZ-C	18	999
H628	Vervoer dagactiviteit VG kind emg. Kind emg, kind gedrag	0	17

Matrix niet-valide combinaties Groepen prestaties																															
	1	3	4	5	6	7	8	9	10	12	13	14	30	15	16	17	18	19	20	21	31	22	23	24	25	26	27	28	29	99	
Intramuraal incl. dagbesteding																															
Intramuraal excl. dagbesteding																															
VPT excl. dagbesteding																															
Kortdurend verblijf																															
Extramuraal																															
Dagbesteding intramuraal bij andere aanbieder																															
Dagbesteding extramuraal																															
Kapitaallasten dagbesteding intramuraal bij dezelfde aanbieder																															
Kapitaallasten dagbesteding intramuraal bij andere aanbieder																															
Kapitaallasten dagbesteding VPT bij dezelfde aanbieder																															
Vervoerskosten dagbesteding intramuraal bij dezelfde aanbieder																															
Vervoerskosten GZ dagbesteding intramuraal bij andere aanbieder																															
Vervoerskosten GZ dagbesteding intramuraal bij andere aanbieder en extramuraal																															
Vervoerskosten dagbesteding VPT bij dezelfde aanbieder																															
Vervoerskosten dagbesteding extramuraal																															
Toeslag dagbesteding intramuraal bij dezelfde aanbieder																															
Toeslag dagbesteding intramuraal bij andere aanbieder																															
Toeslag dagbesteding VPT bij dezelfde aanbieder																															
Toeslag intramuraal																															
Toeslag VPT																															
Toeslag meerzorg																															
Inventaris dagbesteding intramuraal bij dezelfde aanbieder																															
Inventaris dagbesteding intramuraal bij andere aanbieder																															
Inventaris dagbesteding VPT bij dezelfde aanbieder																															
NHC dagbesteding intramuraal bij dezelfde aanbieder																															
NHC dagbesteding intramuraal bij andere aanbieder																															
NHC dagbesteding VPT bij dezelfde aanbieder																															
Extramuraal BORG																															
Mutatiedagen																															
Overig																															

	Controleren tegen elke aanbieder
	Controleren enkel tegen dezelfde aanbieder
	Controleren enkel tegen andere aanbieder
	Geen controle

Matrix voor niet-valide combinaties van individuele prestaties

Matrix niet-valide combinaties	Individuele prestaties																					
		Z280	Z920	Z910	Z918	Z921	Z911	Z912	Z975	Z976	Z977	Z922	Z978	Z979	Z980	Z913	Z914	Z915	Z919	ZMZTL	ZMZTK	
omschrijving	Z280																					
Klinisch Intensieve Behandeling (KIB)	Z280																					
Huntington	Z920	V920																				
CVA	Z910	V910																				
Invasieve beademing	Z918	V918																				
Non-invasieve beademing	Z921	V921																				
MFC	Z911	V911																				
Observatie	Z912	V912																				
Gespec. Epilepsiezorg (GEZ) - laag	Z975	V975																				
Gespec. Epilepsiezorg (GEZ) - midden	Z976	V976																				
Gespec. Epilepsiezorg (GEZ) - hoog	Z977	V977																				
Niet straf. For. Psychiatrie (NSFP)	Z922																					
Woonzorg GHZ kind (0 - 11 jaar)	Z978	V978																				
Woonzorg GHZ jeugd (12 - 17 jaar)	Z979	V979																				
Woonzorg GHZ jong v. (18 - 22 jaar)	Z980	V980																				
Dagbesteding GHZ kind - licht	Z913	V913																				
Dagbesteding GHZ kind - midden	Z914	V914																				
Dagbesteding GHZ kind - zwaar	Z915	V915																				
Dagbesteding GHZ kind - VG EMG	Z919	V919																				
Meerzorg - langdurig	ZMZTL																					
Meerzorg - kortdurend	ZMZTK																					

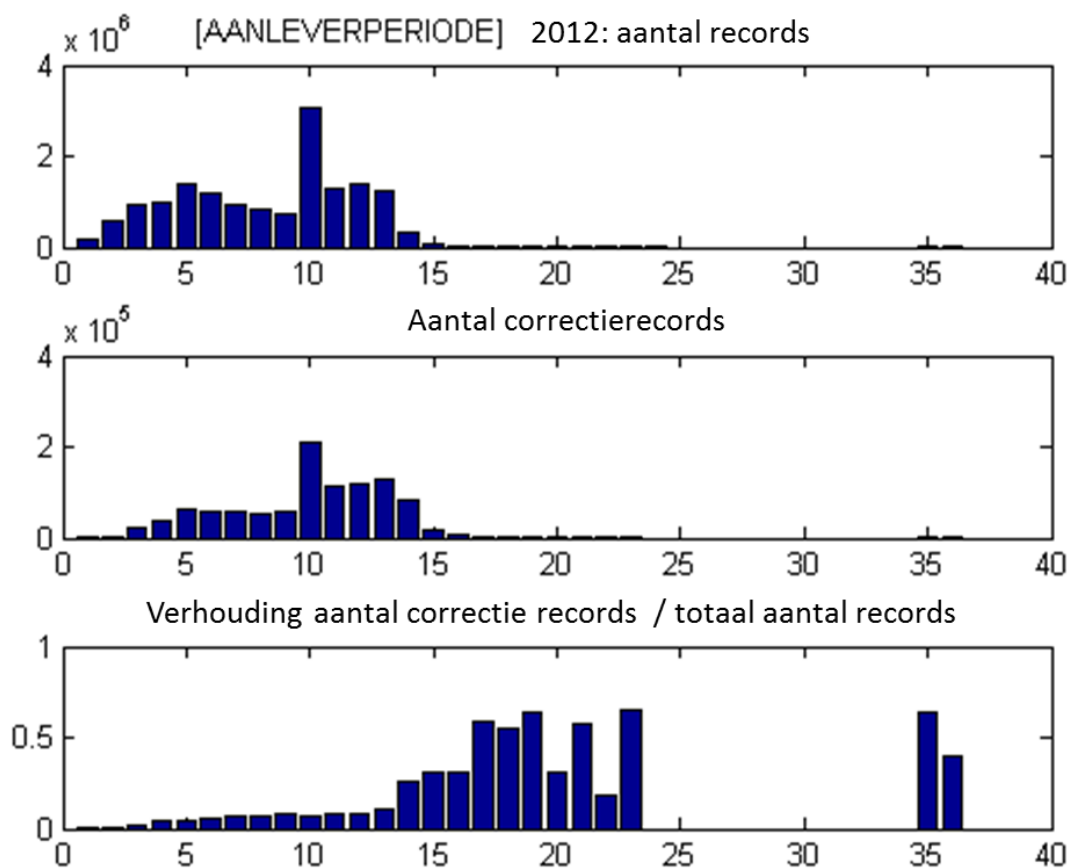
Legenda voor toets 17	
	Niet toegestaan
	Geen controle

Appendix 5. Overzicht van correctierecords

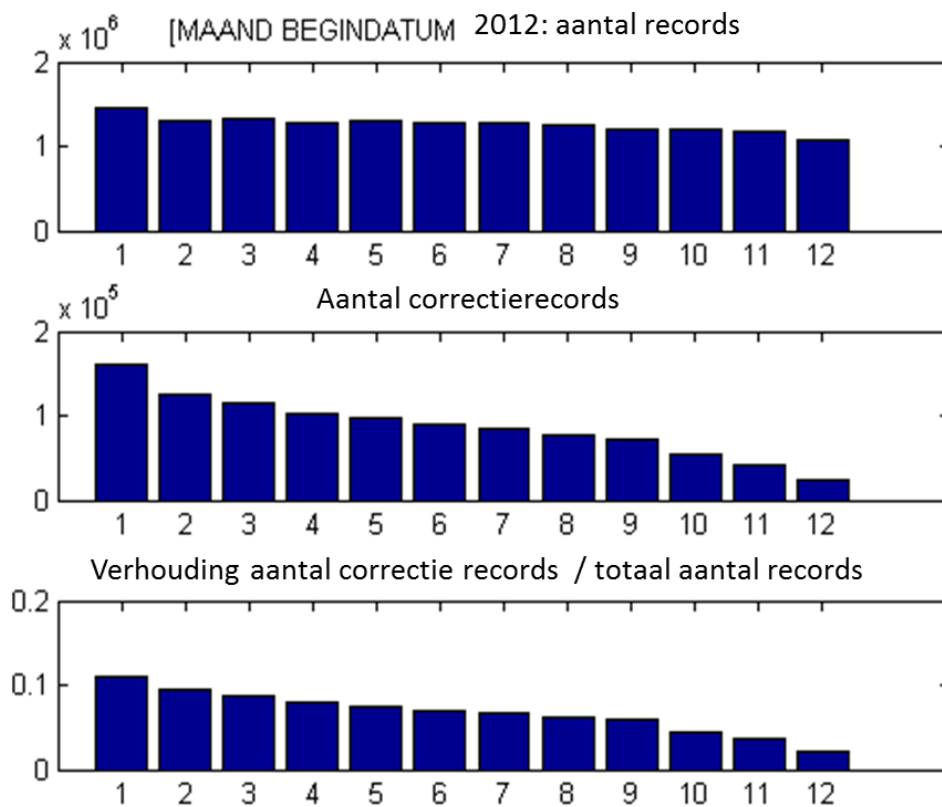
In paragraaf 1.4 is geschetst dat in de beschikbare databestanden van de Zorg in Natura zich een aantal creditrecords voordoet. Deze correctieboekingen kunnen om verschillende redenen worden geïnitieerd/optreden en hier is nader naar gekeken.

Daarbij spelen twee variabelen een rol: aanleverperiode en begindatum van de prestatie. In de figuren 1-4 wordt voor de jaren 2012 en 2013 een overzicht gegeven. Duidelijk is een piek waarneembaar in oktober 2012 (aanleverperiode, figuur 1) waarbij veel declaratierecords zijn aangeleverd. Ook het hoge aantal correctieboekingen in die maand valt op. Ook is te zien (2012) dat in de perioden 35 en 26 en relatief veel correctieboekingen zijn; dit wordt veroorzaakt door het geringe aantal “normale” boekingen in die perioden voor 2012.

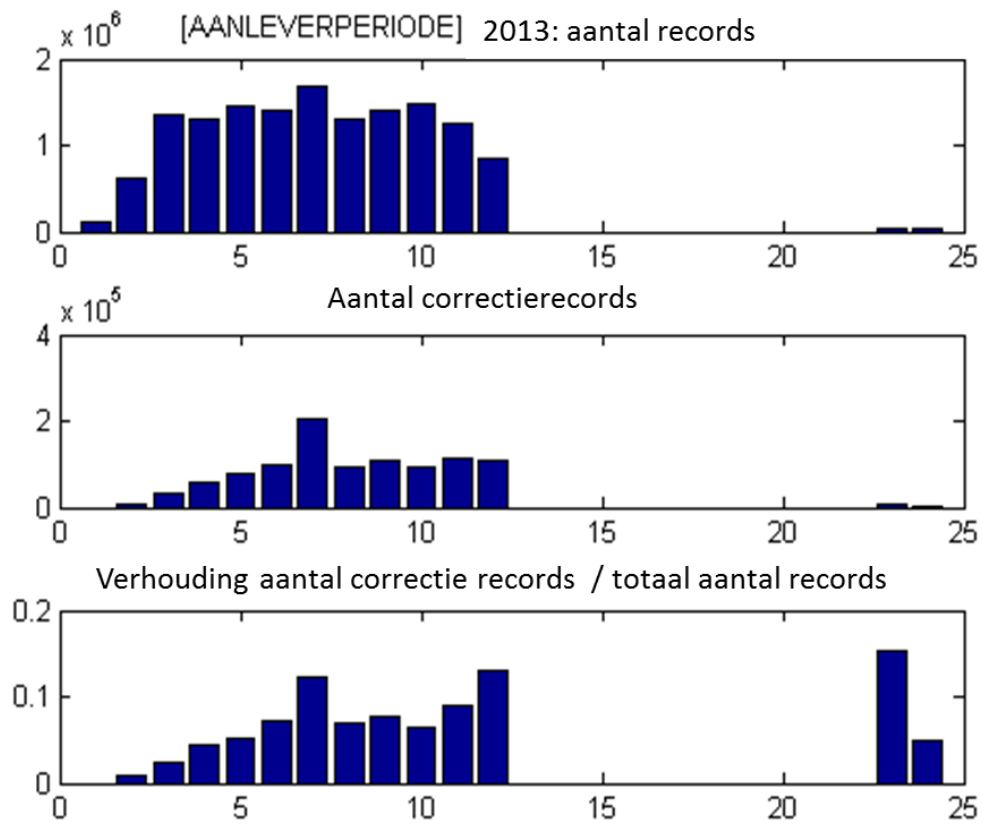
In figuur 2 valt het lage aantal correctierecords in januari 2013 op.



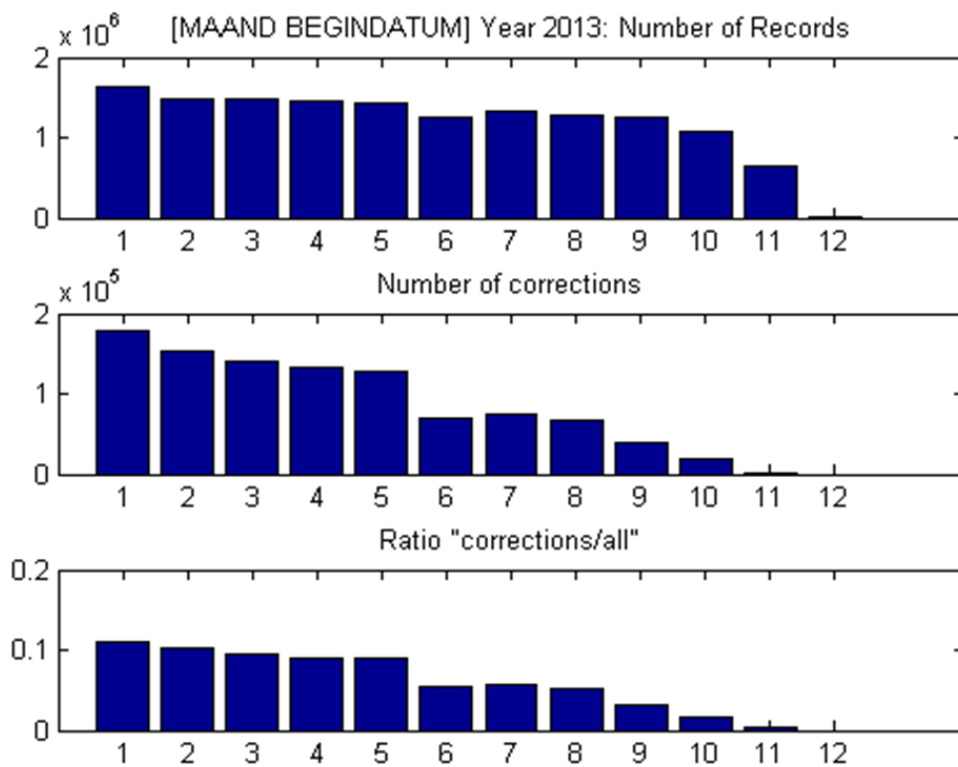
Figuur 1. Overzicht van records en correctierecords per aanleverperiode, jaar 2012.



Figuur 2. Overzicht van records en correctierecords per beginperiode, jaar 2012.



Figuur 3. Overzicht van records en correctierecords per aanleverperiode, jaar 2013.



Figuur 4. Overzicht van records en correctierecords per beginperiode, jaar 2013.

Appendix 6. Overzicht van enkele toetsen op de kwaliteit van de gegevens

In paragraaf 1.5 en 2.2 zijn al enkele resultaten over de kwaliteit van de beschikbare gegevens gepresenteerd. Deze appendix geeft de resultaten van enkele andere toetsen die gericht zijn op de bestanden die als basis dienen voor de analyses.

Een controle (toets 41) die is uitgevoerd op de databestanden en die van belang is voor de koppeling tussen de databestanden betreft de relatie tussen functiecode (extramuraal) en zorgzwaartepakketcode (intramuraal), in het bijzonder wanneer functiecode gelijk aan 0 is. In dat geval zou de zorgzwaartepakketcode groter dan 0 moeten zijn. Hier blijkt in zowel 2012 als 2013 niet altijd aan te zijn voldaan. De ermee gemoeide bedragen zijn hoog (respectievelijk 1,6 miljard en 4,4 miljard euro). Het betreft hier logische uitzonderingen en combinaties. Dit zijn voornamelijk extramuraal behandelprestaties, verpleegdagen voor kinderen en jeugdigen (prestaties waarvoor vanuit het CIZ geen indicatie wordt verstrekt). Ook zullen voor 2013 nog correcties plaatsvinden. We raden aan dat domeinexperts nader naar deze verschillen op recordniveau kijken hoewel het niet zal leiden tot een te veel gedeclareerd bedrag.

Ook de controle of alle extramuraal functiecodes in de ZIN-bestanden voorkomen in de betreffende Vektis-tabel functiecodes³⁷ is een onderdeel van het onderzoek naar de kwaliteit en volledigheid van de databestanden. Dit is toets 42. Resultaat is de conclusie dat dit nagenoeg altijd het geval is. Zie tabel 1. waarin een overzicht wordt gegeven.

Functiecode 2012	Aantal niet terug te vinden in Vektis-tabel 2012	Functiecode 2013	Aantal niet terug te vinden in Vektis-tabel 2013
75	165	93	226
80	3	94	23
		95	829
		99	18

Tabel 1. Functiecodes die niet konden worden gematcht met de Vektis-tabel, 2012 -2013

In de lijst van uitgevoerde toetsen (zie appendix 3) bevinden zich een aantal toetsen die gericht zijn op het opsporen van inconsistenties in de beschikbare databestanden.

Toets 43 is een logische controle of de einddatum van de prestatie na de begindatum van de prestatie ligt. Dit is min of meer een standaardtoets die we bij de meeste zorgverzekeraars tegen komen, bijvoorbeeld bij een ziekenhuisopname. De uitkomst van deze toets in dit onderzoek is dat perfect aan deze toets wordt voldaan.

In de jaren 2012 en 2013 hebben ook veranderingen in de prestatiecodes plaatsgevonden. Bij toets 44 gaan we na in hoeverre de prestatiecodes overeenkomen met de zogenaamde koppeltabel voor het declareren van de AWBZ 2014. Het is begrijpelijk dat we voor 2012 veel verschillen vinden. Het aantal verschillen in het databestand van 2013 is nihil.

³⁷ Dit is tabel COD732-VEKT.

Met toets 45 krijgen we inzicht in de consistentie van berekeningen. We gaan na op declaratieniveau of het berekend bedrag in de bestanden gelijk is aan het product van het aantal uitgevoerde prestaties en het tarief. Dit blijkt slechts in een klein aantal gevallen te verschillen (in 2012: 903 declaraties en in 2013 4.366 declaraties). Dit verschil op declaratieniveau kan positief of negatief zijn. Echter, wanneer we sommeren over alle declaraties binnen een jaar dan constateren we dat het berekend bedrag hoger is dan het product van het aantal prestaties en het tarief. Het berekende bedrag in de databestanden is het bedrag dat daadwerkelijk gedeclareerd is. Het betekent dat er 0,2 miljoen euro te veel geaccordeerd is voor vergoeding door de zorgkantoren in 2012. Voor 2013 is dit een bedrag van 1,9 miljoen.

In slechts een klein aantal gevallen zien we dat het gedeclareerde bedrag lager is dan het berekende bedrag (toets 46). In 2012 gaat het om 529 declaraties waarmee een bedrag gemoeid is van circa 16.000 euro. In het databestand over 2013 treffen we 239 declaraties aan waarbij het gedeclareerde bedrag kleiner is dan het berekende bedrag. Het betreft in totaal circa 36.000 euro.

Met toets 47 – die uitgebreid aan de orde komt in paragraaf 3.4.3. – willen we inzicht krijgen of er geen (systematische) fouten zijn gemaakt met bedragen; bij andere onderzoeken is soms geconstateerd dat bedragen door sommige aanleveraars in eurocenten worden aangeleverd en door anderen in euro's. We kijken naar de algemene verdeling van het totaal gedeclareerde bedrag voor een patiënt. Vooral de rechterstaart trekt daarbij de aandacht, daarin bevinden zich de zeer dure patiënten. Maar ook de linkerstaart van de verdeling is interessant om te bezien of er datafouten zijn opgetreden. Uit deze toets blijkt dat dergelijke datafouten zich niet hebben voorgedaan. Ook blijkt uit deze toets dat het de moeite waard is om nadrukkelijk naar de zeer dure patiënten te kijken.

Toets 48 richt zich op de vraag – voor alle gedeclareerde zorgzwaartepakketcodes - of het aantal van de uitgevoerde prestaties (in dagen) binnen de periode vallen die bepaald wordt door de begindatum van de prestatie en de einddatum ervan. Dat is nagenoeg altijd het geval. In 2012 bleken er 21.108 records niet aan deze voorwaarde te voldoen. Het totale bedrag dat hiermee gemoeid is, bedraagt 33,6 miljoen euro. In 2013 kwam dit nog veel minder voor: slechts bij 1.030 records. Hiermee is een bedrag gemoeid van 1,5 miljoen euro. Dit kwaliteitsaspect wordt meegenomen bij toets 21 en 29.

De variabele leeftijd lijkt weinig last te hebben van fouten in de data. Vaak kijkt men dan naar de oudere patiënten om te zien of er geen dataconversieproblemen zijn geweest die te maken hebben met geboortejaren vóór 1900. Daarom hebben we gekeken naar de rechterstaart van de leeftijdsopbouw: patiënten ouder dan 100 jaar. Zie hiervoor tabel 2. Volgens het CBS waren er op 1 januari 2013 1.940 eeuwelingen in Nederland. Echter, we treffen wel opmerkelijk veel patiënten met geboortjaar 1900 (912 patiënten) in het databestand over 2012 aan; ook in het databestand over 2013 treffen we veel patiënten (1.005) aan met dit geboortjaar. De rest van de leeftijdsopbouw laat geen opmerkelijkheden zien.

Jaartal	Aantal patiënten geboren voor 1920	Aantal patiënten geboren voor 1910	Aantal patiënten geboren voor 1900
2012	45.373	1.512	37
2013	34.687	1.362	39

Tabel 2. Overzicht van het aantal patiënten op hoge leeftijd, 2012 – 2013

In de Vektis-databestanden van de Zorg in Natura bevindt zich een variabele die aangeeft of er sprake is van een declaratie in het buitenland, en zo ja, om welk land het gaat. Afgezien van de 3.059 patiënten (jaar 2012) en 2.495 patiënten (jaar 2013) waarvoor landcode ontbreekt of niet-herleidbaar is, lijkt deze variabele in orde. Hij komt verder niet bij de diverse toetsen aan de orde. De verdeling naar zorgkantoor is aangereikt aan NZa; deze lijst bevat geen opvallende patronen.