Zorgverzekeraars Nederland

Fraudebestrijding in de Zorg – stand van zaken 2006

Aan fraude in de zorg gaat elk jaar veel geld verloren. Verzekerden die hun nota's ophogen door cijfers toe te voegen, zorgaanbieders die niet uitgevoerde behandelingen declareren en malafide zaakwaarnemers die het persoonsgebonden budget van gehandicapte patiënten in eigen zak steken; het komt allemaal voor.

In het verleden werd ten aanzien van fraude in de zorg vaak gezegd: 'dat zijn incidenten, het is geen structureel probleem'. De bevindingen van fraudebestrijders binnen en buiten Nederland tonen aan dat het wel degelijk een structureel probleem is. Het resultaat van de detectie van fraude in de Nederlandse zorgverzekeringen is voor het derde jaar op rij gestegen en wel 94%. Intensieve samenwerking met andere collega's in Europa leert ons dat in Europa naar schatting tussen de 30 en 100 miljard euro per jaar verloren gaat aan fraude en corruptie in de zorg. Deze schattingen zijn onder meer gebaseerd op wetenschappelijk verantwoorde metingen die in Engeland zijn gedaan: daar is in zes jaar tijd maar liefst € 138 miljoen bespaard door fraude te bestrijden.

Activiteiten zorgverzekeraars 2003-2006
Zorgverzekeraars in Nederland zijn dan ook zeer actief op het terrein van fraudebestrijding. In 2003 heeft Zorgverzekeraars Nederland een Plan van Aanpak Fraude in de Zorg 2003-2005 gelanceerd. Alle daarin genoemde activiteiten zijn in 2006 geëvalueerd en blijken vrijwel allemaal met succes te zijn opgepakt. Een greep uit de genomen maatregelen:

Gedragscode
In 2004 is het Protocol Fraudebestrijding geplaatst onder de Gedragscode van de zorgverzekeraars, waarmee alle leden van Zorgverzekeraars Nederland verplicht zijn het protocol te volgen. Dit houdt in dat alle leden zich gezamenlijk inzetten tegen fraude.

Opleiding
Vanaf februari 2004 wordt de cursus 'Fraudebestrijding in de Zorgverzekeringen' tweemaal per jaar geven voor en door de fraudecoördinatoren. Inmiddels hebben zo'n 90 personen deze cursus gevolgd.

Polisvoorwaarden en overeenkomsten
Zowel in de polisvoorwaarden als in de overeenkomsten met zorgaanbieder worden steeds meer voorzien van bepalingen in de fraudebestrijding.

Materiële Controle
Steeds meer worden er slimme controles uitgevoerd op de geleverde en gedeclareerde zorg. Zo maakt ruim 93% van alle zorgverzekeraars gebruik van queries om de declaraties te controleren. Inmiddels is teven het Protocol Materiële Controle afgerond.

Resultaten 2005

In de loop van dit jaar heeft Zorgverzekeraars Nederland haar jaarlijkse inventarisatie weer gehouden, waaruit de volgende zaken zijn gebleken:

- Zorgverzekeraars hebben meer maatregelen getroffen op het gebied van preventie, detectie, repressie en algemeen beleid.
    - Preventie
        - 98% geeft voorlichting aan eigen medewerkers, zorgaanbieders en/of verzekerden;
        - 55% toets alle nieuwe producten vooraf op hun fraudegevoeligheid;
    - Detectie
        - 93% voert ‘slimme controles’ (queries) uit om specifieke fraudegevallen te detecteren;
        - 80% heeft op de verschillende afdelingen fraudecontactpersonen aangesteld;
    - Repressie:
        - 69% beschikt over interne afspraken over het uitvoeren van sancties;
    - Algemeen
        - 88% verantwoordt via managementrapportages wat op het gebied van fraudebestrijding wordt bereikt;
        - 63% heeft een plan van aanpak opgesteld ten aanzien van interne fraude.
- Deze intensivering van het fraudebeleid heeft in 2005 ook geresulteerd in een stijging van de gedetecteerde fraude:
    - Aantal geconstateerde fraudegevallen: 1.086 (+ 31%)
    - Geconstateerd fraudebedrag: € 8,5 miljoen (+ 94 %)
    - Gemiddeld bedrag per geconstateerde fraude: € 7.867 (+ 48%)
    - Aantal geregistreerde personen in fraudewaarschuwingssysteem EVR: 187 (+ 120%)

Plannen 2006-2008

Onze ervaringen van de afgelopen jaren hebben geleid tot een aantal nieuwe plannen voor de komende jaren. In de periode 2006-2008 zullen onder meer de volgende activiteiten ondernomen worden:

- Opstellen van een model communicatieplan zodat de zorgverzekeraars communicatie nog meer en beter kunnen inzetten om fraude tegen te gaan, bijvoorbeeld door de mogelijkheid van een meldpunt voor zorgfraude te onderzoeken.
- Blijven samenwerken met de Europese collega’s, zodat Nederland maximaal leert van ontwikkeling in Europa.
- Voor zorgverzekeraars is het lastig om buitenland nota’s te kunnen controleren. Door informatie en ervaringen te verzamelen en op te slaan worden een ‘landen-database’ gecreëerd met alle relevant informatie per land. Het uiteindelijke doel is om een werelddekking te realiseren.
- Elke zorgverzekeraar heeft op dit moment zijn eigen plan als het gaat om het bestraffen (sanctioneren) van fraudeurs. Het is de bedoeling dat deze sancties minimaal worden geüniformeerd. Hierdoor krijgen fraudeurs bij vergelijkbare fraudegevallen in de hele zorgverzekeringsbranche dezelfde sanctie.

Eind november zal het Platform Fraudebestrijding het volledige Plan van Aanpak Fraude in de Zorg 2006-2008 naar verwachting goedkeuren, waarna het door Zorgverzekeraars Nederland openbaar gemaakt zal worden via www.zn.nl.

Politiek – zorgaanbieders - verzekerden
Uit bovenstaande tekst mag blijken dat zorgverzekeraars zich zeer inspannen om de fraude in de zorg tot een minimum te beperken. Maar zij kunnen dit niet alleen!

Vele andere partijen en personen zijn medeverantwoordelijk om de fraude in de Nederlandse gezondheidszorg te beperken. Mede in het kader van de Europese campagne tegen fraude en corruptie in de zorg, die plaatsvindt van 9 november tot 9 december 2006, wil Zorgverzekeraars Nederland graag speciaal de aandacht vestigen op de vele andere schakels in onze gezondheidszorg die eveneens in actie kunnen komen. Wie zijn dit, wat is hun positie en wat kunnen zij doen?

Politiek	**Zorgaanbieders**	**Verzekerden**
Uit een analyse van verkiezingsprogramma's van dit jaar blijkt dat slechts enkele partijen aandacht besteden aan dit belangrijke onderwerp. Voorbeelden van voorgestelde maatregelen zijn: PvdA Verzekeringsfraude harder aanpakken, waarbij verzekeraars en politie de handen ineen moeten slaan - Tegen fraude in de zorg moet hard worden opgetreden CDA - Intensieve onderlinge samenwerking en informatie-uitwisseling tussen 'de betrokken diensten'. SP - Meer prioriteit voor fraudebestrijding	Veruit de meeste zorgaanbieders vinden de kwaliteit van de zorg het belangrijkste in de uitoefening van hun vak. Zij nemen hierbij ook hun verantwoordelijkheid als het gaat om financiële integriteit: correct omgaan met de kosten van de Nederlandse gezondheidszorg. Helaas zijn er in elke beroepsgroep ook zorgaanbieders die hier minder netjes mee omgaan, bijvoorbeeld door andere behandelingen te declareren dan hebben plaatsgevonden of data op rekeningen voor patiënten aan te passen zodat deze meer vergoed krijgen. Deze vormen van fraude drijven niet alleen de kosten van zorg op, ze beschadigen ook het imago van de overige, wel eerlijke, zorgaanbieders.	Ook voor patiënten en verzekerden geldt dat het bij verreweg de meeste mensen niet in hun gedachten op zou komen om te frauderen. Ook hier is er een oneerlijke minderheid die de eerlijke meerderheid benadeelt: bijvoorbeeld mensen die nota's ophogen door cijfers aan het bedrag toe te voegen of mensen die in overleg met hun zorgaanbieder een individueel consult declareren waar een groepsconsult heeft plaatsgevonden.
Meer concrete maatregelen nemen, zoals: ▪ het creëren van creatieve wijzen om fraudeurs te straffen zonder de rechtbanken teveel te belasten ▪ het vooraf nadrukkelijk rekening houden met de fraudegevoeligheid bij de ontwikkeling van nieuwe declaratieregels en –systemen ▪ het mogelijk maken van slimmere detectiewijzen door informatieuitwisseling en bestandsvergelijking tussen partijen gereguleerd meer toe te staan.	Fraude moet ook voor zorgaanbieders onacceptabel zijn en graag zouden wij samen met de beroepsgroepen willen komen tot initiatieven waarmee het plegen van fraude meer en meer 'not done' zal zijn. Dus: ▪ Geen behandelingen declareren die niet hebben plaatsgevonden ▪ Geen duurdere behandelingen declareren waar goedkopere zijn gegeven ▪ Maak dit onderwerp bespreekbaar in de beroepsgroep en keer u tegen fraude door beroepsgenoten	Patiënten en consumenten moet zich vooral realiseren dat elke teveel gedeclareerde euro direct zal leiden tot een verhoging van de premie. ▪ Controleer of een nota die namens u wordt ingediend, correct is. ▪ Indien de nota te hoog is of betrekking heeft op een behandeling die niet heeft plaatsgevonden, trek dan aan de bel bij de zorgaanbieder of de zorgverzekeraar. ▪ Laat een plaatsgevonden behandeling niet op een andere datum gedeclareerd worden: ook dit is verzekeringsfraude.