



Fraudebestrijding in de Zorg - Inventarisatie 2007

Ook in 2007 zijn zorgverzekeraars blijven investeren in de bestrijding van fraude met zorgverzekeringen. Zo hebben zij verschillende maatregelen genomen om fraude te voorkomen, zoals het toetsen van nieuwe polissen en het intern voorlichten van collega's. Ook het opsporen van gepleegde fraude blijft belangrijk: er is veel overleg met controle-afdelingen en er worden intelligente technieken ingezet (statistische analyses, het vergelijken van patronen etc) om fraude te detecteren. Voor dit fraudebestrijdingsbeleid is bij alle zorgverzekeraars één centraal aanspreekpunt aangesteld: de fraudecoördinator. Bij 80% van de zorgverzekeraars worden tussen de 2 en 12 fulltime medewerkers ingezet om het fraudeonderzoek uit te voeren en de genoemde maatregelen te nemen.

In 2007 heeft dit beleid geleid tot het onderzoeken van ruim 3.700 mogelijke fraudegevallen. Eén op de drie onderzoeken heeft geleid tot de daadwerkelijke vaststelling van fraude: 1.187 gevallen. In 2007 betrof zo'n 2/3 daarvan fraude door zorgaanbieders, 1/3 betrof fraude door verzekerden.

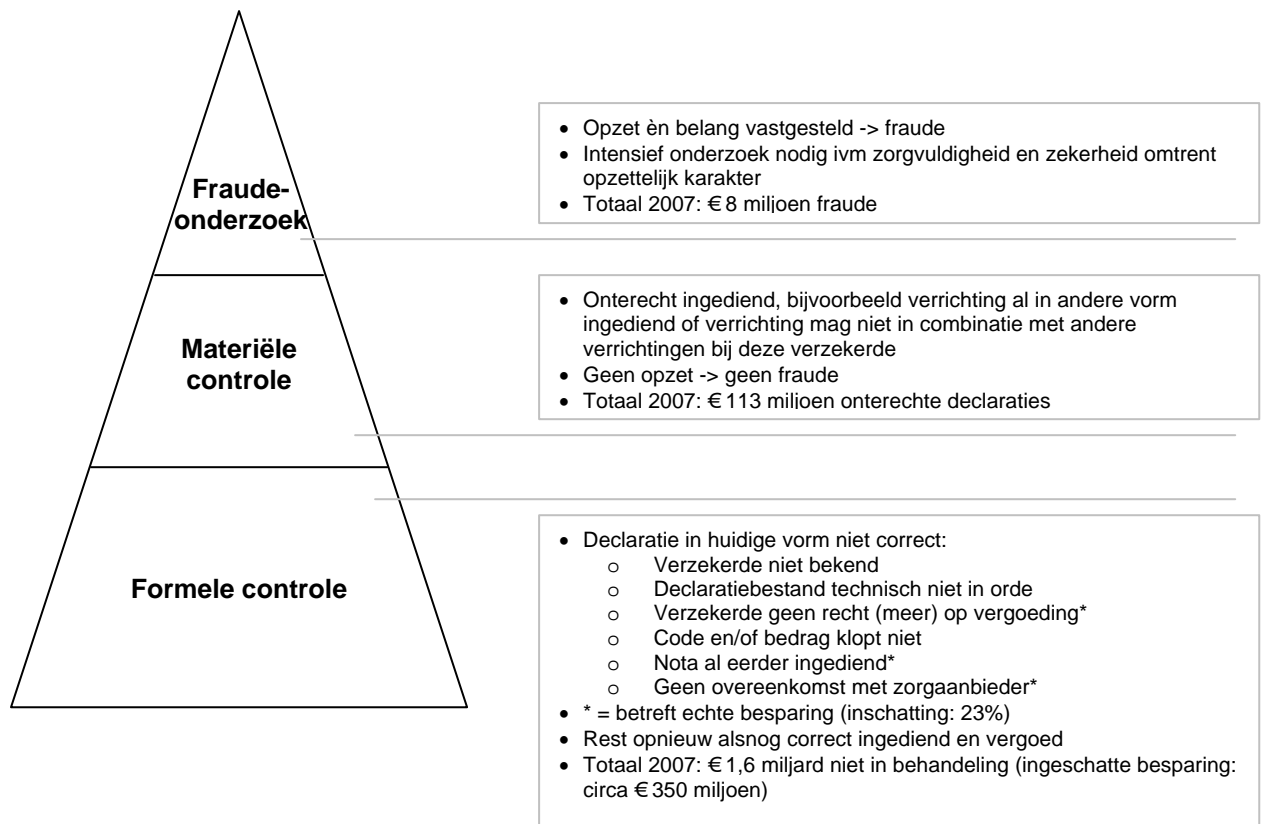
Een belangrijke ontwikkeling in 2007 is de intensivering van de samenwerking tussen de controle-afdelingen en de fraudecoördinator. Waar in 2006 bij 65% van de zorgverzekeraars structureel overleg plaatsvond tussen deze afdelingen, is dat in 2007 verder gestegen naar 85%. Deze ontwikkeling is belangrijk: declaratiecontrole is immers een essentieel voorportaal bij de detectie van fraude. Fraudebestrijding staat dan ook niet op zichzelf, maar maakt deel uit van het totale proces om de uitgaven en kosten in de zorg te beperken.

Controlebeleid

Zorgverzekeraars voeren drie vormen van controle uit. Bij de eerste controle (de 'formele controle') kan een declaratie worden afgewezen op formele gronden: verzekerde is niet bekend, code en bedrag kloppen niet, de optelling is niet correct of de nota is al eerder gedeclareerd. Het merendeel van deze formele afwijzingen leidt later alsnog tot een correcte nota, die dan wel in behandeling genomen zal worden. In 2007 werd zo € 1,6 miljard afgewezen, waarvan naar schatting zo'n 77% na opnieuw (correct) ingediend te zijn alsnog voor vergoeding in aanmerking kwam. Dit percentage is echter een ruwe schatting. Niet alle zorgverzekeraars leggen namelijk gedetailleerd vast om welke reden een declaratie niet in behandeling genomen is.

De tweede vorm van controle vindt plaats om vast te stellen of de zorg daadwerkelijk geleverd is zoals op de declaratie vermeld: de 'materiële controle'. Deze controles, die na statistische analyses, verbandscontroles of steekproeven tot stand komen, kunnen leiden tot het niet uitbetalen of terugvorderen van nota's die onterecht blijken te zijn. Achterliggende redenen kunnen zijn het onjuist combineren van bepaalde verrichtingen of verrichtingen die in een andere vorm al waren gedeclareerd. Bij deze onterechte nota's kan opzet niet worden vastgesteld, waardoor het hier geen fraude betreft. In 2007 hebben zorgverzekeraars op deze wijze € 113 miljoen euro bespaard.

Het laatste stadium betreft het fraude-onderzoek, wat plaatsvindt bij een vermoeden van opzettelijk onjuist declareren.



Maatregelen komend jaar

Het komende jaar zullen zorgverzekeraars ten aanzien van fraudebestrijding in elk geval (blijvende) aandacht hebben voor de volgende zaken:

- Het meer samenwerken met consumenten en groepen zorgaanbieders om fraude te beperken;
- Het inzetten van intelligente technieken (software) voor de detectie van fraude;
- Onderzoeken hoe fraudebestrijding nog breder in de organisaties kan worden ingebed – bij de zorginkoop, bij controle, bij voorlichting aan verzekerden en bij andere processen;
- Meer samenwerking met het Openbaar Ministerie voor het melden en vervolgen van fraude.