



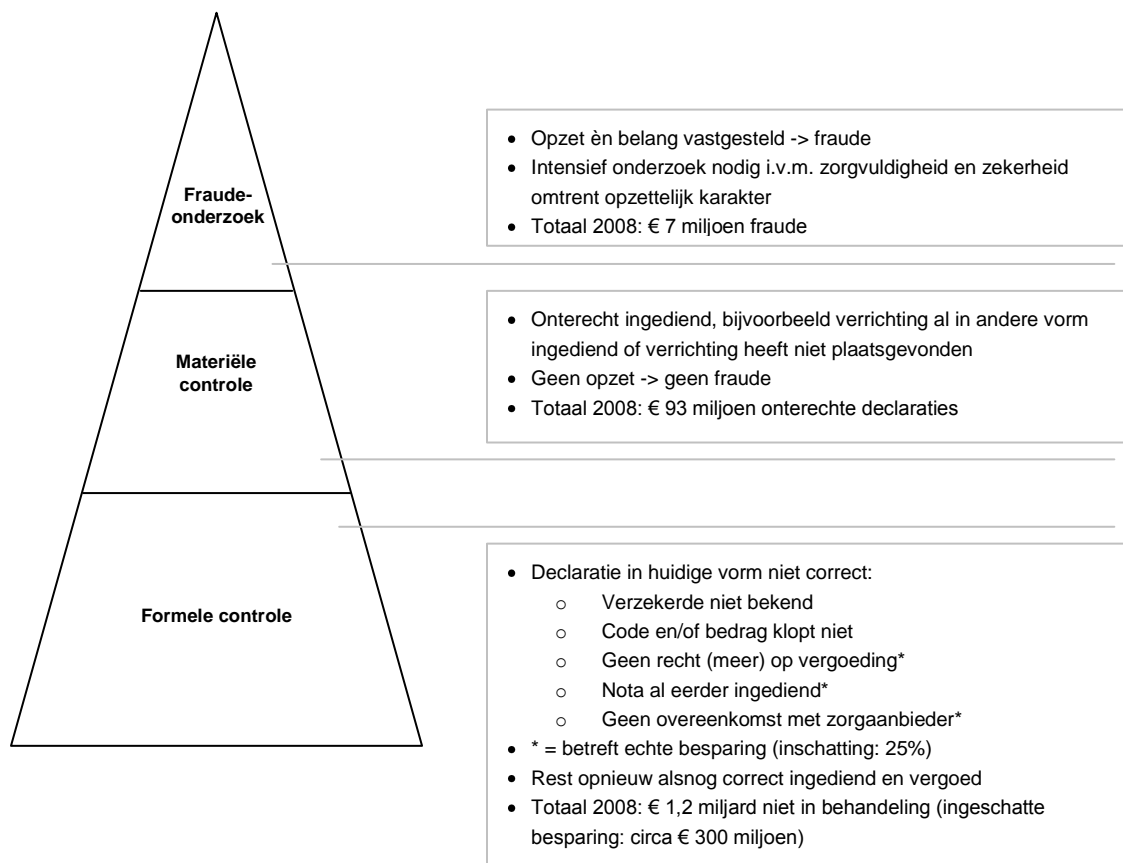
Fraudebestrijding in de Zorg – resultaten 2008

Zorgverzekeraars hebben in 2008 weer meer bespaard door hun controle- en fraudebeleid. Uit de inventarisatie die Zorgverzekeraars Nederland jaarlijks onder haar leden houdt, is gebleken dat er sprake is van grotere besparingen, grotere fraudes, meer sancties, een intensievere aanpak en een wens tot meer samenwerking.

Meer bespaard

Door het controle- en fraudebeleid hebben de zorgverzekeraars in 2008 in totaal 100 miljoen euro bespaard. Zij voeren drie vormen van controle uit: formele controle, materiële controle en fraudeonderzoek:

- De formele controle betreft controles op code, bedrag en recht op vergoeding. Een groot deel (voorzichtige schatting: 75%) van de afwijzingen leidt later alsnog tot een correcte nota. In 2008 werd zo'n 1,2 miljard euro afgewezen, waarvan naar schatting zo'n 300 miljoen euro daadwerkelijk bespaard is.
- De materiële controle kan, na statistische analyses, verbandscontroles of steekproeven leiden tot het niet uitbetalen of terugvorderen van nota's die onterecht blijken te zijn. Het gaat hier om verrichtingen die in een andere vorm al waren gedeclareerd of verrichtingen die niet hebben plaatsgevonden. Opzet is hierbij niet vastgesteld, daardoor betreft het geen fraude. In 2008 hebben zorgverzekeraars op deze wijze € 93 miljoen bespaard.
- Het laatste stadium betreft het fraudeonderzoek, wat plaatsvindt bij een vermoeden van opzettelijk onjuist declareren. In 2008 is er door de zorgverzekeraars voor zo'n € 7 miljoen aan fraude gedetecteerd.



Grotere fraudes

Dankzij het controle- en fraudebeleid hebben de zorgverzekeraars 392 fraudegevallen hebben vastgesteld, wat ten opzichte van 2007 een afname is. Het gemiddelde fraudebedrag betrof daarentegen € 17.551, wat meer dan een verdubbeling is ten opzichte van 2007.

Er zijn dus minder fraudes vastgesteld, maar de fraudes waren wel groter. Deze verandering is te verklaren door een verschuiving van verzekerdenfraude naar zorgaanbieders-/derden fraude. Verzekerdenfraude is relatief makkelijk op te sporen en betreft veelal kleinere bedragen. Als het gaat om zorgaanbieders-/derden fraude dan gaat het veelal om complexe onderzoeken die een langere doorlooptijd kennen en waarbij het veelal om grotere bedragen gaat.

Voorbeeld van derden fraude in 2008:

Een bemiddelingsbureau regelt de gehele gang van zaken rond aanvraag van PGB, levering van zorg en verantwoording van geleverde zorg. Hierbij is veel geld aan de strijkstok blijven hangen doordat de geïndiceerde zorg niet (volledig) is geleverd maar wel is gefactureerd. Vaak wordt op listige wijze gebruik (misbruik) gemaakt van bestaande wet- en regelgeving.

Daarnaast is pas sprake van fraude als de declaratie opzettelijk onterecht is ingediend. Om deze

Voorbeelden van zorgaanbiedersfraude in 2008:

- Een haarcentrum declareert voor een verzekerde standaard twee pruiken, terwijl er door de verzekerde maar één pruik is gekocht (€ 14.300 teruggevorderd).
- Een huisarts declareert alleen maar consulten langer dan twintig minuten (€ 25.000 teruggevorderd).
- Een ZBC declareert laboratoriumonderzoeken, zonder dat vooraf het onderzoek is aangevraagd door een huisarts (€ 4.800 afgewezen).

opzet te kunnen bewijzen, moeten zorgverzekeraars in veel gevallen de administratie van de zorgaanbieder controleren. In 2008 was dat alleen mogelijk als de verzekerde daartoe expliciet toestemming had gegeven. Dit heeft ertoe geleid dat in veel gevallen wel is vastgesteld dat een declaratie onterecht was, maar geen opzet is aangetoond. In de verschuiving van fraude (afname van 14% ten opzichte van 2007) naar onterechte declaraties (toename van 62% ten opzichte van 2007) is zichtbaar dat in veel gevallen geen fraude is vastgesteld.

Meer sancties

Een andere belangrijke ontwikkeling die in 2008 is te zien, is een toename in het sanctioneren bij een vastgesteld fraudegeval. Zo is de sanctiegraad in 2008 met 35% toegenomen, waardoor nu vrijwel alle fraudegevallen gevolgd worden door een sanctie. Sancties die door zorgverzekeraars gehanteerd worden, zijn onder meer;

- o het geven van een waarschuwing;
- o registratie van de persoon in de eigen administratie en aangescherpte controle;
- o opzegging van de overeenkomst (zorgaanbieder);
- o opzegging van de aanvullende en/of hoofdverzekering (verzekerde);
- o registratie van de persoon in de landelijke waarschuwingslijst (EVR);
- o aangifte bij politie/justitie.

Naast het opleggen van sancties melden zorgverzekeraars vastgestelde fraudegevallen bij het Fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars, zoals zij dit behoren te doen conform het Fraudeprotocol.

Intensievere aanpak zorgverzekeraars

De aanpak van zorgverzekeraars om fraude te voorkomen, op te sporen en/of te sanctioneren is steeds intensiever. Dit blijkt uit de verschillende maatregelen die door de zorgverzekeraars worden getroffen.

- Om fraude te voorkomen heeft 91% van de zorgverzekeraars voorlichting gegeven aan zorgaanbieders en verzekerden en 99% aan interne collega's.

- Om fraude daadwerkelijk op te sporen, heeft 99% van de zorgverzekeraars:
 - overleg met controleafdelingen;
 - fraudecontactpersonen aangesteld;
 - slimme detectietechnieken toegepast (bijvoorbeeld queries en datamining).
- Over hoe repressieve maatregelen (beslissing sancties, juridische stappen, berekening kosten voor terugvordering) uitgevoerd moeten worden heeft 90% van de zorgverzekeraars interne afspraken gemaakt.

Naast deze preventieve, detectieve en repressieve maatregelen stelt 97% van de zorgverzekeraars ten aanzien van het fraudebeleid managementrapportages op en heeft 94% een actueel plan van aanpak betreffende interne fraude. Om het fraudeonderzoek uit te voeren en de genoemde maatregelen te nemen is bij 90 % van de zorgverzekeraars tussen de 2 en 12 fulltime medewerkers ingezet.

Deze intensievere aanpak van fraude is ondermeer terug te zien in een toename van het aantal interne fraudegevallen die in 2008 zijn opgespoord. Zo is er een zaak geweest waarin een inhuurkracht stelselmatig zijn urenbriefje ophoogde. Daardoor werden er aan de zorgverzekeraar veel meer kosten doorberekend.

Samen nog effectiever

Om het komende jaar nog meer te besparen, willen zorgverzekeraars zowel onderling als met andere partijen in de keten meer gaan samenwerken.

- Het komende jaar wil ZN gaan kijken hoe zorgverzekeraars elkaar meer kunnen versterken door samenwerking. Dat kan zijn op operationeel gebied (signaleren fraude-incidenten, samenwerken bij onderzoek, gezamenlijke juridische afdoening) of op beleidsmatig terrein (leren van elkaars ervaringen en ontwikkelingen).
- Fraudebeheersing is in de zorgverzekeringsbranche op dit moment teveel een verantwoordelijkheid van alleen de zorgverzekeraars. Om de fraude goed te beheersen, moeten niet alleen de zorgverzekeraars maar juist alle partijen in de keten hun verantwoordelijkheid nemen. Het bundelen van krachten met het ministerie van VWS, de NZa, patiënten-consumentenorganisaties, brancheorganisaties van zorgaanbieders en het OM zal leiden tot regelgeving met minder frauderisico's, een betere detectie van fraude en een betere vervolging van fraude. Einddoel is dat in alle delen van de (zorg)keten het frauderisico zoveel mogelijk beperkt wordt: van totstandkoming van de wet- en regelgeving, via afspraken over declaratie en controle tot en met de communicatie over en de vervolging van fraude-incidenten.