

Organisatie fraudebeheersing bij zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben de laatste jaren hun inspanningen op fraudebeheersing geïntensiveerd. Bij elke verzekeraar zijn medewerkers verantwoordelijk voor het ontwikkelen van beleid op dit terrein en voor het uitvoeren van fraudeonderzoek. Daarnaast zijn er ook fraudecontactpersonen op diverse plaatsen in de organisatie met een extra alertheid voor het signaleren van fraudevermoedens. Zorgverzekeraars zijn als het gaat om fraudebeheersing actief op vijf terreinen.

1. Cultuur

Voorlichting over fraude en de gevolgen ervan kan bijdragen aan een cultuur waarbinnen fraude niet gedijt.

2. Preventie

Door vooraf maatregelen te nemen, kunnen frauderisico's worden beperkt of weggenomen. Een voorbeeld hiervan is het opstellen van duidelijke overeenkomsten met zorgaanbieders en polisvoorwaarden. Een ander voorbeeld is het screenen van medewerkers van zorgverzekeraars en het screenen van zorgaanbieders.

3. Detectie

Detectie van fraude is het opsporen van fraudesignalen. Zorgverzekeraars passen hiervoor slimme technieken toe.

4. Onderzoek

Zorgverzekeraars onderzoeken fraudesignalen om te achterhalen of er daadwerkelijk sprake is van fraude. Dat doen ze bijvoorbeeld door enquêteformulieren naar verzekerden te sturen of door in gesprek te gaan met zorgaanbieders.

5. Repressie

Als zorgverzekeraars fraude vaststellen, nemen ze passende maatregelen op basis van de maatregelenrichtlijn. Naast het terugvorderen van onterecht uitgekeerde bedragen en eventuele onderzoekskosten, kan het gaan om het geven van een waarschuwing, het opzeggen van een verzekering (bij verzekerden) of een overeenkomst (bij zorgaanbieders), interne signalering, registratie in het Externe Verwijzingsregister of doen van een verzoek tot bestuurs-, straf- of tuchtrechtelijke vervolging.