

Aan de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
de heer mr. A.J. de Geus
Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon mevr. drs. M.R. Koken-Vossestein
Doorkiesnummer 030-6988356
Ons kenmerk Verz 2003 0110 mhop1 B
Uw kenmerk Z/VU-2358285
Datum 20 maart 2003
Onderwerp Fraude-analyse zorgsector

Geachte heer De Geus,

In uw brief d.d. 14 februari 2003 bericht u onze organisatie dat u op 5 februari jl. overleg hebt gevoerd met de Tweede Kamer der Staten-Generaal over de fraude in de zorg. De aanleiding voor dit debat vormde de publiciteit rondom dit thema, welke mede werd ingegeven doordat de redactie van de actualiteitenrubriek NOVA de hand had weten te leggen op het rapport 'Reden tot zorg, fout – en fraudegevoeligheid bij zorgverzekeringen', welk onderzoek in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland is uitgevoerd. Bij die gelegenheid hebt u de Kamer onder meer toegezegd onze organisatie te verzoeken om nadere informatie te verschaffen. In dat kader legt u ons een drietal vragen voor.

- U vraagt ons of er sinds het verschijnen van het rapport 'Reden tot zorg' in augustus 2001 op enigerlei wijze meer inzicht is verworven in de kwantitatieve aspecten van fraude in de zorg.
- U gaat er van uit dat het onderzoek ook bij de leden van Zorgverzekeraars Nederland aanzet heeft gegeven tot verder nadenken om fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik op te sporen en tegen te gaan. In dat licht legt u ons de vraag voor of wij u nadere informatie, die van belang kan zijn, kunnen verschaffen.
- Herhaling van het onderzoek, dat vooral zijn basis vindt in de kennis van de betrokkenen bij de zorgverzekeraars die op enigerlei wijze bij het tegengaan van fraude een functie vervullen, leidt mogelijkerwijs tot nieuwe inzichten, zo stelt u. Met het oog daarop wilt u van ons vernemen of wij mogelijkheden zien het onderzoek uit 2001 nogmaals uit te voeren.

Onderstaand zullen wij op gestelde vragen nader ingaan.

Openbaarheid van het rapport

Allereerst willen wij een opmerking maken bij de kanttekeningen die in het debat in de Kamer zijn geplaatst rondom het al dan niet beschikbaar stellen door de zorgverzekeraars van dit rapport. Het desbetreffende onderzoeksrapport beoogde een meer systematisch beeld tot stand te brengen van de naleving van regels in het declaratiegedrag van zorgaanbieders en verzekerden. Er waren weliswaar vermoedens van incidentele gevallen van fraude bij zorgverzekeringen maar deze vormen geen systematisch, branche breed beeld. Het onderzoek vond plaats aan de hand van een door Compliance Methodology Consultants (CMC/T11 Company) ontwikkeld model dat al vaker is toegepast bij fraudevraagstukken bij financiële instellingen en rechtshandhaving. Middels twee sessies, waaraan circa 15 vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars deelnamen, zijn inschattingen gemaakt over de mogelijke factoren die een rol spelen of iemand de regels overtreedt (bewust of per ongeluk). Het onderzoek leverde dus een inschatting op van de kwetsbaarheden van factoren met betrekking tot het al dan niet overtreden en het nalevingsgedrag van zorgaanbieders respectievelijk verzekerden. Op basis van deze inschattingen somt het rapport aanbevelingen op, die uitmonden in algemene verbeter suggesties en verbeter suggesties aan het adres van Zorgverzekeraars Nederland. Kortom, het rapport tracht een aantal kwetsbaarheden in beeld te brengen in de declaratiesystemen van de zorgverzekeraars binnen het huidige zorgstelsel en levert suggesties aan ter reductie van die kwetsbaarheden.

Het spreekt van zelf dat zorgverzekeraars geen behoefte hadden dergelijke kwetsbaarheden aan de grote klok te hangen. Wij zijn dan ook zeer prudent met het rapport omgegaan. Gevreesd werd bovendien dat door de media de focus gericht zou worden op de kwantitatieve aspecten van de vermeende fraude, terwijl het desbetreffende rapport daarover geen uitspraken doet. Deze vrees is thans bewaarheid geworden. Zo persisteert de actualiteitenrubriek NOVA in het noemen van bedragen tussen de €2 en €4 miljard, die met fraude in de zorg gemoeid zouden zijn. Een bedrag tussen de €2 en €4 miljard zou impliceren dat 5% tot 10% van alle zorguitgaven ad €40 miljard in Nederland als fraude bestempeld zou moeten worden, hetgeen naar onze mening een volslagen slag in de lucht is. Het rapport 'Reden tot zorg' geeft voor dergelijke exorbitante bedragen geen enkele aanwijzing. Bovendien is het een misvatting om een algemeen percentage tot becijfering van de mogelijke fraude toe te passen op de totale zorguitgaven in Nederland. Daarvoor is de huidige systematiek van financiering van de zorg te divers. Als de declarant een persoonlijk belang heeft neemt de kwetsbaarheid van het systeem toe, uitschakeling van de tussenkomst van de verzekerde in verrekening van kosten doet de kwetsbaarheid afnemen. Daarover het volgende.

Kwetsbaarheden financieringssystemen bepalend voor omvang van de fraude

Tot voor kort waren alle instellingen binnen het eerste en tweede compartiment gebudgetteerd. Als gevolg van de nota Zorg Verzekerd is in dit systeem verandering per 2001 gekomen. Dat neemt niet weg dat het in de jaren daaraan voorafgaand een vast stramien was dat de instellingen weliswaar tarieven declareren maar dat de autorisatie van de kosten via het CTG-budget verlopen en de tarieven slechts dienen ter financiering van dat budget. Onjuist declareren heeft dan weinig zin. Bovendien is veelal de tussenkomst van de verzekerde uitgesloten. In de ziekenfondssfeer geldt het natura stelsel en in de particuliere sfeer vindt veelal een rechtstreekse verrekening plaats met het ziekenhuis bij klinische opnamen. De kosten van de gebudgetteerde ziekenhuiszorg bedragen circa €11 miljard. Voorts dient in de beschouwing te worden betrokken dat medisch specialisten die werkzaam zijn binnen de ziekenhuizen en een vrijgevestigde status genieten veelal te

maken hebben met een lumpsumfinanciering. Ook een dergelijke wijze van financiering herbergt een mechanisme in zich dat onjuist declareren minder zinvol maakt. Binnen de AWBZ verzorgt het CAK-BZ de financiering van alle AWBZ verstrekkingen die via circa 2600 instellingen wordt verleend voor een totaal bedrag van € 17 miljard. Door deze wijze is de financiering van deze zorgvormen minder kwetsbaar voor onjuist declareren en fraude.

Bovenstaande mag niet de schijn wekken dat via deze systemen fraude is uitgebannen, het toont aan dat de kwetsbaarheden van het systeem als zodanig geringer zijn dan in geval van bijvoorbeeld hulp in het buitenland waar de kans op vergissingen en fraude vele malen groter is, mede als gevolg van taalproblemen en valutaverschillen. Vanuit de wereld van de reisverzekeringen is bekend dat fraude een vaak voorkomend fenomeen is, zeker wanneer declaratie rondom verlies of diefstal van waardevolle voorwerpen in het geding is en buitenlandse nota's door de verzekerden worden gedeclareerd. Anderzijds moet eveneens in de beschouwing worden betrokken dat binnen de wettelijke verzekeringen afzonderlijke financieringsstromen operationeel zijn die buiten de verzekerden om tot kostenverrekening met buitenlandse zorgaanbieders leiden. In bijlage 1 is nader ingegaan op de meest voorkomende systematiek in het kader van de hulp in het buitenland in de ziekenfondsverzekering.

Wij willen hieraan graag toevoegen dat de hierboven beschreven systematiek gebaseerd is op een wederzijds vertrouwen tussen de partijen in de zorgketen. Dit vertrouwen dient als basis voor het onderlinge verkeer altijd aanwezig te zijn. De mate van controle en de proportionaliteit van deze controlemaatregelen zijn niet onbeperkt; er moet een bepaalde mate van vertrouwen zijn. Hierdoor zal fraude niet voor 100% uitgebannen kunnen worden. Bovenstaande doet echter niets af aan de motivatie van zorgverzekeraars fraude zo veel mogelijk te beperken. De maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars om de kosten van de zorg zoveel mogelijk te beperken is ook een motivatie om fraude te willen bestrijden. De veelbesproken premiedruk draagt eveneens bij tot de keuze van verzekeraars een speerpunt te maken van fraudebestrijding.

Kwantitatieve aspecten

Voor wat betreft uw vraag naar de kwantitatieve aspecten moeten wij erkennen dat ook wij niet over harde cijfers beschikken op grond waarvan een goede inschatting gemaakt kan worden over de omvang van deze problematiek. Wel kunnen enkele cijfers ter vergelijking qua orde van grootte worden gepresenteerd. Zo schat het Verbond van Verzekeraars voor de schade- en levensverzekeringen deze problematiek in op € 400 miljoen op een totaal aan uitkeringen van meer dan € 25 miljard. Dat komt dus neer op circa 1,5% van de totale uitkeringen. Wij tekenen daarbij aan dat een dergelijk percentage niet in zijn geheel op de totale zorguitgaven mag worden toegepast gezien het hiervoor aangebrachte onderscheid in financieringssytemen en de daarbij in de beschouwing te betrekken kwetsbaarheden. Interessant is eveneens de ervaringen te noemen van de Amerikaanse zorgverzekeraars (Health Insurance Association of America). Uit onderzoek is gebleken dat het aantal vastgestelde fraudegevallen voor 40% van de markt leidde tot een bedrag van \$ 232 miljoen op een totaal van bijna \$ 400 miljard aan schade. Zondermeer moet er vanuit worden gegaan dat het Amerikaanse systeem kwetsbaarder is voor fraude dan het Nederlandse. Immers, in de Amerikaanse situatie zijn marktwerking en concurrentie in een grotere mate doorgevoerd dan de Nederlandse. Het geringe percentage van de vastgestelde fraude op het totaal aan zorguitgaven te weten 0,06 % toont eens te meer aan hoe lastig het is een vinger achter onjuist declareren en fraude te krijgen.

Activiteiten zorgverzekeringsbranche

Met betrekking tot uw tweede vraag kan worden gesteld dat er in de zorgverzekeringsbranche reeds sinds een aantal jaren sprake is van een toenemend bewustzijn ten aanzien van de fraudegevoeligheid van verzekeringsproducten en van het gemeenschappelijk belang om fraude met en rond deze producten te voorkomen en te beperken. Zorgverzekeraars Nederland heeft hiervoor in 1999 het Platform Fraudebestrijding opgericht. Aan dit platform nemen de functionarissen deel die bij zorgverzekeraars specifiek zijn aangesteld voor het fraudebestrijdingsbeleid, de zogenoemde fraudecoördinatoren. Het doel van het platform is als zorgverzekeraars gezamenlijk beleid ten aanzien van fraude te ontwikkelen, instrumenten te ontwikkelen waarmee zorgverzekeraars het fraudebestrijdingsbeleid kunnen uitvoeren en het uitwisselen van ervaringen, waardoor de leden van elkaar kunnen leren.

Het aantal fraudecoördinatoren dat hieraan deelneemt, is sinds het uitkomen van de fraudegevoeligheidsanalyse 'Reden tot zorg' in 2001 gestegen van 19 naar 33 personen, die ruim 95% van de zorgverzekeringmarkt vertegenwoordigen. De activiteiten die sinds de oprichting van het platform zijn opgezet, liggen op de terreinen van preventie, detectie en repressie.

Kortweg kan worden geconstateerd dat de activiteiten van zorgverzekeraars op het gebied van fraudebestrijding sterk groeien. Sinds de oprichting van het platform fraudebestrijding is al veel tot stand gebracht: een model-beleidsplan, een casuïstiek-overzicht, het rapport 'Reden tot zorg' over de fraudegevoeligheden, een toenemend aantal deelnemende fraudecoördinatoren, het invoeren van risicomodellen in de controleprocessen, een meer open communicatie over fraudebeleid, een aanzet voor een doeltreffend sanctiebeleid en het Extern Verwijzingsregister voor de registratie van fraudegevallen in de zorgverzekering.

In het jaar 2000 is gestart met het ontwikkelen van een model-beleidsplan fraudebestrijding aan de hand waarvan zorgverzekeraars hun eigen beleid op dit terrein kunnen ontwikkelen. Als eerste stap is gekozen voor een dergelijk model-beleidsplan, aangezien het opzetten van een fraudebestrijdingsapparaat een goed gefundeerd beleidsplan vereist. In het beleidsplan staan concrete suggesties voor maatregelen die getroffen kunnen worden op het gebied van zowel preventie (administratieve organisatie, procesmanagement, managementinformatie), detectie (personeel en systemen fraude beter laten herkennen) en repressie (onderzoek, sanctionering).

Uit een enquête die ZN recentelijk onder haar leden heeft gehouden, is gebleken dat ca. 70% van de zorgverzekeraars een specifiek op de fraudebestrijding in de zorg gericht beleidsplan heeft ontwikkeld, dan wel met de ontwikkeling hiervan bezig is. In deze beleidsplannen komen zowel preventieve als detectieve en repressieve activiteiten naar voren.

Uit de beleidsplannen bij de zorgverzekeraars blijkt dat het onderscheiden van risicogebieden en het inventariseren van de fraudegevoelige factoren per risicogebied belangrijk zijn. Het rapport 'Reden tot zorg' uit 2001 heeft, zoals aan het begin van deze brief beschreven is, als doel gehad aan te geven waar de fraudebestrijdingsactiviteiten zich in de eerste plaats op zouden moeten richten. Het rapport is bedoeld als richtingaanwijzer en heeft ook als zodanig gefungeerd. Dit blijkt uit de activiteiten die sinds de verschijning van het rapport door Zorgverzekeraars Nederland en haar leden zijn ondernomen. Deze activiteiten sluiten goed aan bij de aanbevelingen uit het CMC-rapport:

- het verbeteren van de detectie van fraudegevallen;
- het afschrikken van fraudeurs door een goede communicatie over fraudebeleid;
- het toepassen van passende sancties.

Hieronder wordt ingegaan op de aanbevelingen en de activiteiten die daaruit zijn voortgevloeid.

Eén van de aanbevelingen die in het rapport 'Reden tot zorg' wordt gedaan, is het verbeteren van de detectie van fraudegevallen. In de afgelopen jaren is dit door middel van verschillende activiteiten vormgegeven.

Reeds sinds de oprichting van het platform wordt door zorgverzekeraars informatie uitgewisseld over fraudegevallen die zich voordoen. Specifiek met dit doel is de Werkgroep Casuïstiek ingesteld; fraudecoördinatoren delen hier hun ervaringen ten aanzien van fraudegevallen. Zich voordoende fraudegevallen worden daarnaast schriftelijk aangemeld bij het bureau van ZN. Van deze gevallen wordt een (geanonimiseerd) overzicht opgesteld, welke onder alle fraudecoördinatoren wordt verspreid. Door dit casuïstiek-overzicht kunnen fraudecoördinatoren en de declaratie-afdelingen zich sneller op de hoogte stellen van 'nieuwe' fraudevormen die zich voordoen en op deze wijze hun controles verscherpen. Aan het casuïstiek-overzicht is een lijst met fraude-indicatoren gekoppeld, waarin signalen worden beschreven aan de hand waarvan de betreffende fraude herkend kan worden. Ook dit draagt bij tot extra alertheid ten aanzien van mogelijke fraude.

Informatie-uitwisseling beperkt zich niet tot casuïstiek op het gebied van fraudebestrijding; zo is bijvoorbeeld door de ziekenfondsen een begin gemaakt met de uitwisseling van informatie over werkgeversverklaringen met de UWV en wel via de beveiligde RINIS-structuur. Deze informatie uitwisseling draagt eveneens bij tot het voorkomen van fraude. Dit geldt ook voor de activiteiten van de Werkgroep Declaraties, een in 1987 opgerichte werkgroep van zorgverzekeraars. Deze werkgroep doet steekproefsgewijs onderzoek naar ingediende declaraties en brengt zo op landelijk niveau het declaratiegedrag van zorgverleners in kaart, spoort onduidelijkheden in de regelgeving op en doet aanbevelingen voor het verbeteren van de controleprocessen bij zorgverzekeraars.

Een andere ontwikkeling die bijdraagt aan het beter detecteren van fraude in de zorgverzekeringen is het intensiveren van de controles die verzekeraars uitvoeren. Daarbij kiezen de verzekeraars voor een risico-georiënteerde aanpak, waarbij de controles gericht worden ingezet. Op steeds grotere schaal wordt gewerkt met zogenoemde risicomodellen, wat inhoudt dat van het binnenkomende notaverkeer geautomatiseerd wordt bijgehouden in hoeverre fraude-indicatoren zich bij de declaraties voordoen. Daarnaast wordt gewerkt met declaratieprofielen voor zorgverleners, waardoor kan worden bijgehouden of een zorgverlener bijvoorbeeld stelselmatig de uitgebreide variant ('verrichting uitgebreid') van een behandeling declareert, terwijl de behandeling geregeld als 'verrichting normaal' gedeclareerd zou moeten worden.

Uit de enquête is gebleken dat deze detectiemaatregelen hun vruchten afwerpen; het aantal vermoedelijke fraudegevallen is in 2002 ten opzichte van 2001 verdrievoudigd, het aantal geconstateerde fraudegevallen is verdubbeld.

Afschrikking is volgens het rapport 'Reden tot zorg' belangrijk voor het terugdringen van het frauderisico, met name vanwege de preventieve werking die dit heeft. Verschillende aspecten van de fraudebestrijding kunnen hiertoe bijdragen, waaronder een heldere communicatie over fraude en het toepassen van een effectief sanctiebeleid.

In de afgelopen periode is gebleken dat zorgverzekeraars beter communiceren over hun fraudebeleid. In de communicatie naar de verzekerden, bijvoorbeeld in het verzekerdenblad of via expliciete bepalingen in het acceptatieformulier, wordt duidelijker gecommuniceerd over het beleid dat de verzekeraar voert op het gebied van fraudebestrijding. Ook in de

landelijke pers zijn vaker mededelingen te vinden over de fraudebestrijdingsactiviteiten van zorgverzekeraars.

Het ontwikkelen van een doeltreffend sanctiebeleid (de derde aanbeveling uit het rapport 'Reden tot zorg') staat hoog op de agenda van de zorgverzekeraars, zo blijkt ook uit de enquête. Vorig jaar is door Zorgverzekeraars Nederland en een aantal zorgverzekeraars een inventarisatie gedaan naar de sanctiemogelijkheden die de zorgverzekering de verzekeraars biedt bij geconstateerde fraude. Deze inventarisatie wordt door zorgverzekeraars gebruikt als basis voor het vormgeven van hun eigen sanctiebeleid. Mede naar aanleiding van dit rapport is door ons aangedrongen op uitbreiding van de sanctiemogelijkheden van zorgverzekeraars, bijvoorbeeld door het tijdelijk laten vervallen van verzekeringsdekking in gevallen van fraude door ziekenfondsverzekerden. Bijlage 2 biedt inzicht in het gebruik van het huidige instrumentarium (anders dan aangifte), zoals dat de verzekeraars ter beschikking staat.

Hoewel in het rapport 'Reden tot zorg' niet nadrukkelijk genoemd, is het registreren van personen en bedrijven die fraude hebben gepleegd een belangrijk middel in de strijd tegen fraude. Zorgverzekeraars Nederland heeft dan ook het voortouw genomen bij de totstandkoming van een Extern Verwijzingsregister (EVR) voor zorgverzekeraars. Na registratie van de betrokken personen en bedrijven kunnen collega-verzekeraars via raadpleging van het register op de hoogte worden gebracht van de fraudegevallen en zo een doeltreffender acceptatie- en controlebeleid voeren. Het aantal zorgverzekeraars dat is aangesloten bij dit register stijgt op dit moment sterk.

Momenteel wordt door Zorgverzekeraars Nederland en de zorgverzekeraars gezamenlijk gewerkt aan een stappenplan waarmee de fraudecoördinator de verschillende vormen van vermoedelijke fraude die bij hem of haar binnenkomen, op een goede manier kan onderzoeken. Ook wordt gewerkt aan het ontwikkelen van een speciaal op de zorgverzekering toegespitste cursus fraudebestrijding, als aanvulling op de door het Verbond van Verzekeraars aangeboden algemene cursus fraudebestrijding.

In aansluiting op de groei van het fraudebewustzijn en de daaruit voortvloeiende activiteiten bij zorgverzekeraars heeft het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland besloten het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars met ingang van 1 januari 2004 definitief deel te laten uitmaken van de Gedragscode voor de Zorgverzekeraar. Dit houdt in dat elke zorgverzekeraar het protocol dient te ondertekenen en daarmee verplicht is een actief fraudebestrijdingsbeleid te ontwikkelen, een fraudecoördinator aan te stellen en deel te nemen aan het Externe Verwijzingsregister. Inmiddels heeft 75% van de zorgverzekeraars het protocol ondertekend en is de overige 25% voornemens deze stap binnenkort te zetten.

Lessen uit opgedane ervaringen

De ervaringen die zorgverzekeraars in de afgelopen jaren hebben opgedaan met de frauderisico's in de zorgverzekering en de (on)mogelijkheden voor het opleggen van sancties aan frauderende personen en organisaties hebben uitgewezen dat op bepaalde punten aanpassing van de huidige wet- en regelgeving een goede bijdrage kan leveren aan het bestrijden van de fraude.

Een eerste maatregel die hierbij een rol kan spelen is het terugdringen van de fraude met verzekeringsbewijzen bij de toegang tot het ziekenhuis door middel van een identificatieplicht. Het enige moment in de verstrekking van ziekenhuiszorg waarbij kan

worden vastgesteld of degene die het verzekeringsbewijs toont ook daadwerkelijk de verzekerde is, is het moment dat de behandeling gestart wordt. De enige partij die in de gelegenheid is deze controle uit te voeren, is derhalve het ziekenhuis. Het vaststellen of iemand is wie hij of zij zegt te zijn, geschiedt door middel van identificatie. In Nederland zijn specifiek voor dit doel identiteitsbewijzen ontwikkeld, waaraan de strengste eisen op het gebied van fraudebestendigheid zijn gesteld en waarbij het risico van vervalsing tot een minimum is teruggebracht. Gezien het bovenstaande pleit Zorgverzekeraars Nederland er dan ook voor het genoemd controleproces (identificatie van de zorgvrager) te laten verlopen via het identiteitsbewijs; het paspoort of de identiteitskaart.

Het wijzigen van het verzekeringsbewijs in een soort biometrische identiteitskaart lijkt ons overigens geen goede oplossing voor het probleem. Het is een buitengewoon kostbare en omslachtige weg het verzekeringsbewijs (bedoeld om een persoon aan een verzekeraar te koppelen) om te bouwen tot een technisch hoogstaand identiteitsbewijs. De kosten voor zowel de technische als de organisatorische kant zouden erg hoog zijn, terwijl uiteindelijk hetzelfde effect met veel lagere kosten bereikt kan worden door het verzekerings- en het identiteitsbewijs beiden te gebruiken waarvoor ze ontwikkeld zijn.

Zorgverzekeraars Nederland erkent dat het verscherpen van deze controle (door middel van welke pas dan ook) leidt tot een andere intake-procedure in het ziekenhuis. Het is noodzakelijk goede afspraken te maken aangaande de beoordeling van de aard van de zorgvraag en de consequenties hiervan voor de eventuele behandeling. Ook dient duidelijk te worden door wie en op welke titel de kosten van behandeling van onverzekerde en/of illegale patiënten vergoed dienen te worden. Eventueel kan een op korte termijn uit te voeren pilot inzicht geven in de nog voorliggende vragen of kunnen de ervaringen van ziekenhuizen die al naar het paspoort vragen bij de intake bijdragen aan goede afspraken op dit terrein. Het is echter zeer onwenselijk dat de huidige situatie, waarin deze kosten feitelijk in de vorm van niet-gedetecteerde fraude deel uitmaken van de reguliere kosten die de zorgverzekeraar betaalt, blijft voortbestaan.

Een tweede belangrijke maatregel die kan bijdragen aan een effectieve fraudebestrijding door zorgverzekeraars is het ondubbelzinnig vastleggen van de controlebevoegdheden van zorgverzekeraars. Eén van de belangrijkste instrumenten van de zorgverzekeraar is de zogenoemde materiële controle. Bij deze controle worden achteraf, na vergoeding van declaraties, analyses uitgevoerd op het totaalbestand aan declaraties dat de zorgverzekeraar heeft. Hierbij worden verbandscontroles en andere gecompliceerde analyses uitgevoerd, bijvoorbeeld het controleren van het aantal uitgebreide behandelingen dat een zorgverlener declareert ten opzichte van het aantal normale behandelingen. Hierbij kunnen de declaratieprofielen van zorgverleners onderling vergeleken worden (benchmarking). Deze controles leiden er in bepaalde gevallen toe dat de medisch adviseur van de zorgverzekeraar specifieke dossiers in de administratie van de zorgverlener nader wil onderzoeken. Ingevolge de Ziekenfondswet meent ZN dat de medisch adviseur van het ziekenfonds deze mogelijkheid heeft, doch in sommige gevallen wordt medewerking geweigerd door de zorgverlener. Het argument dat hierbij gebruikt wordt, heeft veelal betrekking op de privacybescherming van de patiënt/verzekerde. Niet zelden leidt dit tot discussie tussen ziekenfonds en zorgverlener.

Zorgverzekeraars Nederland pleit ervoor deze controlemogelijkheid expliciet te benoemen om te voorkomen dat bovengenoemde discussie zich in de praktijk voor blijft doen. Zorgverzekeraars hebben passende middelen nodig om, uiteraard met inachtneming van de privacy van de verzekerde, vast te stellen of de vergoeding van declaraties op een correcte basis geschiedt.

Op het terrein van sancties hebben zorgverzekeraars, met name in het kader van de Ziekenfondswet, behoefte aan uitbreiding van het instrumentarium. Detectie van fraude heeft alleen zin wanneer het ook leidt tot een sanctie; zonder sanctionering is elke vorm van fraudebestrijding zinloos. Een particuliere ziektekostenverzekeraar kan in de polisvoorwaarden bepalingen opnemen die sancties na vastgestelde fraude mogelijk maken. Eén van deze sancties is het beëindigen van de verzekering. Door ziektekostenverzekeraars wordt geregeld gebruik gemaakt van deze mogelijkheid. De frauderende verzekerden gaan op zoek naar een nieuwe verzekeraar en bij een effectieve acceptatieprocedure van de andere verzekeraars kan dit betekenen dat de persoon in kwestie zich moeilijk of niet meer kan verzekeren.

Ziekenfondsen bevinden zich op dit moment in een andere positie. Ongeacht of iemand zich netjes aan de regels houdt of voor grote bedragen tracht te frauderen, de huidige regelgeving verplicht het ziekenfonds de verzekerde ingeschreven te houden, tegen betaling van dezelfde premie en met recht op hetzelfde pakket. Naar onze mening is hier sprake van een onrechtvaardige situatie, in de eerste plaats naar de verzekerden toe die te goeder trouw zijn. Sancties zoals het tijdelijk beperken van het recht op vergoeding (opschorten van de dekking), het tijdelijk verhogen van de premie dan wel het beëindigen van de verzekering kunnen bijdragen tot een versterking van het signaal dat zorgverzekeraars willen afgeven aan frauderende verzekerden. In een publieke reactie op de berichten over fraude hebt u zelf ook op deze mogelijkheid gewezen. Het beëindigen van verzekeringen, zowel particulier als ziekenfonds, kan leiden tot een groep onverzekerde personen. Wellicht kan een constructie zoals deze bij schadeverzekeringen bestaat, een soort fonds waar 'onverzekerbaren' zich kunnen verzekeren (Rialto, voorheen Terminus) hiervoor een oplossing bieden?

Een sanctie die voor alle zorgverzekeraars (ziekenfonds en particulier) zeer gewenst is, betreft de mogelijkheid zelfstandig boetes te kunnen opleggen na vastgestelde fraude. Niet alleen kunnen op deze wijze de gemaakte onderzoekskosten verhaald worden op degene die deze veroorzaakt heeft, ook kan door middel van een additionele boete de fraudeur daar geraakt worden waar het de meeste pijn doet: in de portemonnee.

Bij het opleggen van sancties na geconstateerde fraude moet ook gedacht worden aan het doen van aangifte. In de enquête onder de leden van ZN is hier expliciet naar gevraagd. Gebleken is dat zorgverzekeraars een eigen beleid hebben ontwikkeld ten aanzien van het doen van aangifte. De meeste van hen doen alleen aangifte bij ernstige zaken, waarbij hoge eisen worden gesteld aan de bewijzen die in het onderzoek geleverd zijn. Dit is in overeenstemming met de visie van het Openbaar Ministerie, dat aangeeft dat in overige gevallen (minder ernstige zaken, lastige bewijsbaarheid) beter civiele sancties getroffen kunnen worden. Als belemmerende factoren ten aanzien van het doen van aangifte wordt door de zorgverzekeraars aangegeven dat sommige zaken moeilijk te bewijzen zijn, dat het vaak om een klein financieel belang gaat en dat men aanloopt tegen een gebrek aan interesse bij politie/Openbaar Ministerie. Voor dat laatste vragen wij uw speciale aandacht.

Naast een effectief sanctietraject kan ook het screenen van de huidige tariefstelling op fraudegevoeligheid een belangrijke preventieve werking hebben ten aanzien van fraude. In tariefbeschikkingen en andere regelgeving zijn soms formuleringen gekozen die het kiezen van een andere verrichting voor de declaratie dan de daadwerkelijke behandeling gemakkelijk maakt. Hierbij denken wij aan de term '*uitgebreide* behandeling' ten opzichte van '*normale* behandeling' en aan 'het hogere tarief mag worden berekend als de indicatie

lijkt op X'. Graag doen wij de aanbeveling alle tariefstellingen en declaratiebepalingen na te lopen op dergelijke formuleringen en deze formulering aan te passen op een wijze dat zo objectief mogelijk is vastgesteld voor welke behandeling de betreffende verrichting mag worden gedeclareerd.

Herhaling van het onderzoek

Ten aanzien van uw laatste vraag of wij mogelijkheden zien het onderzoek uit 2001 nogmaals uit te voeren, merken wij op dat het naar onze mening weinig zinvol is een dergelijk onderzoek op korte termijn te herhalen. Veeleer is het zinnig de kwetsbaarheden van financieringssystemen opnieuw te onderzoeken wanneer zich wijzigingen hebben voorgedaan. Zo kunnen wij ons voorstellen dat de overgang naar bijvoorbeeld een financiering via DBC's bij de ziekenhuizen aanleiding zou kunnen zijn om een dergelijk nieuw systeem onder de loep van de fraudegevoeligheid te leggen. Ook kunnen wij ons voorstellen dat al bij de verdere ontwikkeling van het DBC systeem wordt geanticipeerd op een en ander.

Tot slot

Wij hopen met het bovenstaande antwoord gegeven te hebben op de door u ons voorgelegde vragen en binnen de marges van die beantwoording suggesties te hebben gedaan voor een verbetering in de aanpak van fraude en onjuist declareren in de zorgverzekeringen. Vanzelfsprekend zijn wij gaarne bereid – zo daaraan behoefte bestaat - een nadere toelichting te verstrekken op hetgeen daaromtrent naar voren is gebracht.

Hoogachtend,
Namens Zorgverzekeraars Nederland

H. Wiegel
Voorzitter.

Bijlagen: 2

Bijlage 1

Fraude in relatie tot declaraties voor het buitenland verleende spoedeisende hulp in EU- en Verdragslanden.

Bij de discussies rond fraude en ziektekostenverzekeringen, en de deelgebieden waarop dat mogelijk is, wordt onder meer de mogelijkheid tot fraude met declaraties inzake spoedeisende hulp tijdens vakanties genoemd. Deze notitie geeft een overzicht van vergoedingsmogelijkheden en de situaties waarop zich fraude kan voordoen.

A. Ziekenfondsverzekerden

1. Hoofddregel voor ziekenfondsverzekerden is dat bij het invoeren van spoedeisende hulp buiten Nederland een E-111-verklaring moet worden overgelegd. In de praktijk blijkt deze verklaring met name verstrekt te worden bij ziekenhuisopname elders (via de alarmcentrale). Veel fraude mogelijkheden lijken er bij gebruik van de E 111 niet te zijn, omdat de declaratie van de verleende hulp en de verwerking van die declaraties via het lokale uitvoeringskantoor loopt. Wel is het mogelijk dat een lokale hulpverlener meer zorg declareert dan feitelijk is verleend, of dat er hulp wordt gedeclareerd die niet de verzekerde zelf, maar een ander heeft ontvangen.
2. In de praktijk nemen de ziekenfondsverzekerden niet altijd de E-111 verklaring mee. Verzekerden zijn niet altijd bekend met de eis dat dit moet, of blijken dit een omslachtige procedure te vinden. Verder bieden nagenoeg alle ziekenfondsen via hun aanvullende verzekering een vergoeding van kosten van spoedeisende hulp buiten Nederland (soms gekoppeld aan de EU, soms een werelddekking). Een ander punt is dat ziekenfondsverzekerden soms geconfronteerd worden met een lokale hulpverlener die deze hulp alleen wil geven als er contant wordt betaald. In die gevallen wordt na terugkeer in Nederland de nota van een lokale hulpverlener ingeleverd bij het ziekenfonds.

De administratieve afhandeling kan op een aantal manieren plaatsvinden:

- I Via een tarifieringsverzoek wordt bij het uitvoeringsorgaan in het land waar betrokkene verbleef, vastgesteld op welke vergoeding een aldaar wonende verzekerde recht zou hebben gehad.
- II Sedert december 2002 is opnieuw door CVZ onder de aandacht gebracht dat er een andere (en aangepaste) methode tot versnelde afhandeling bestaat. Hierbij vormt de vergoeding van gemaakte kosten voor spoedeisende hulp op basis van (ten hoogste) het Nederlands tarief het uitgangspunt, mits de totale kosten een bedrag van € 1000,- niet te boven gaan. Qua uitwerking komt het er op neer dat vergoeding van gemaakte kosten voor spoedeisende hulp in het land van tijdelijk verblijf volledig worden vergoed tot maximaal het vergelijkbare Nederlandse tarief, en mits de totale kosten een bedrag van € 1000,- niet te boven gaan.

NB Tot 1 januari 2003 kon gebruik gemaakt worden van een regeling waarbij vaste vergoedingspercentages werden gehanteerd per land. Deze regeling heeft CVZ beëindigd allereerst omdat er voor een groot aantal landen dat later tot de EU is toegetreden, geen vergoedingspercentage is vastgesteld, en verder omdat de bestaande percentages aan herziening toe zijn. CVZ heeft aangegeven dat de gegevens om nieuwe percentages vast te stellen ontbreken, en in de huidige situatie niet goed verzameld kunnen worden. Ziekenfondsen blijken te betreuren dat dit inmiddels niet meer mogelijk is.

Bij deze nota's die in Nederland op hun juistheid worden beoordeeld en uitbetaald (groep II) zal niet altijd duidelijk zijn of

* de lokale hulpverlener een hogere vergoeding dan de gangbare in rekening heeft gebracht;

- * hulp gegeven is aan een ander dan de verzekerde;
- * aan de bedragen is geknoeid (dit kan met met een zgn docubox worden voorkomen).

Op basis van een beperkt onderzoek bij ziekenfondsen bestaat enig inzicht in de verhouding tussen gebruik van de E-111-verklaring, tarifieringsverzoeken en de regeling waarbij lokale kosten volledige worden vergoed tot maximaal Nederlands tarief (wat voorheen werd afgewikkeld via de zgn percentage-regeling):

- * De E 111-verklaring wordt in circa 10% van de gevallen benut, vaak betreft dit tevens de ingrijpende spoedeisende hulp.
- * Tarifieringsverzoeken lijken ook in circa 10% van de gevallen te worden ingediend.
- * Het merendeel van de ingediende nota's wordt door verzekeraars zelf afgehandeld.

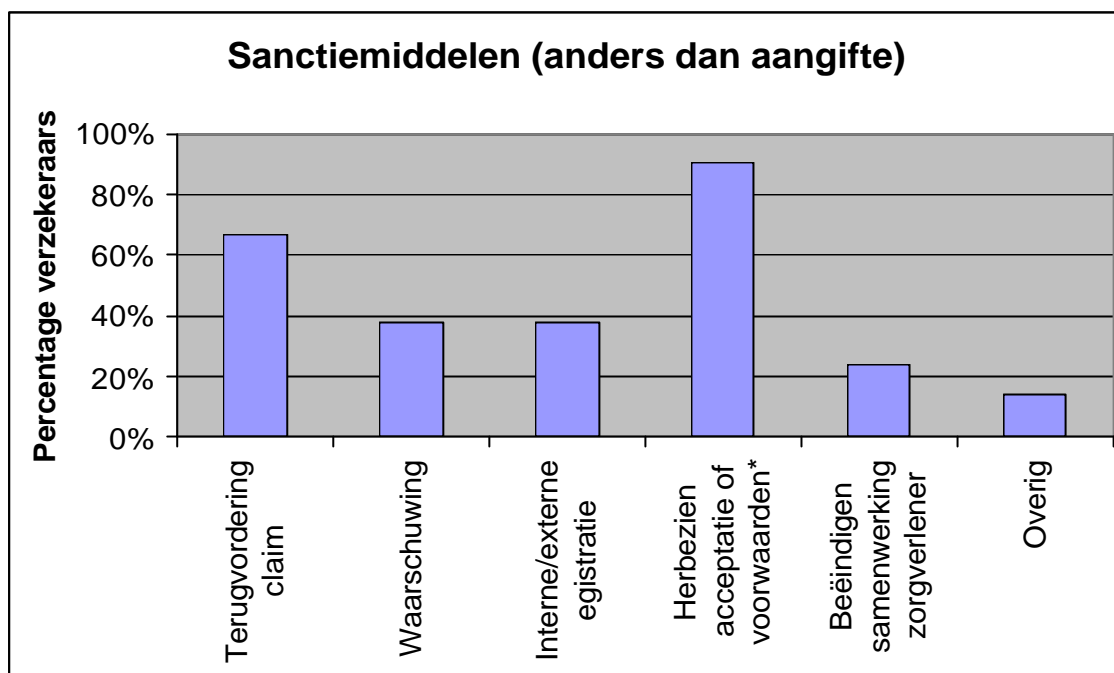
Tevens werd inzicht gegeven in de omvang van de spoedeisende hulp in EU- en Verdragslanden. Via extrapolatie zou kunnen worden gesteld dat circa €30 mln is gemoeid met de vergoeding van kosten.

B. Particulier verzekerden

In de meeste gevallen beschikken particulier verzekerden over een vorm van buitenlanddekking op basis van hun maatschappij-polis of SPP, soms zal een aanvulling daarop via de reisverzekering worden geregeld.

In dat geval worden meestal na terugkeer de voorgeschoten nota's bij de verzekeraar gedeclareerd. Ook hier zal bij aanzienlijke kosten (vaak als gevolg van ziekenhuisopname) contact met verzekeraar of alarmcentrale worden opgenomen, zodat zelf voorfinancieren niet nodig is.

Bijlage 2



*inclusief acceptatie of voorwaarden bij aanvullende/overige verzekeringen.