

Plan van aanpak fraude in de zorg 2003 - 2005

Zorgverzekeraars Nederland, augustus 2003

Inleiding

Het afgelopen jaar is fraude in de zorg meer onder de aandacht van de politiek en het grote publiek geweest. In deze periode is gebleken dat de activiteiten van zorgverzekeraars op dit terrein onvoldoende bekend zijn. Dit plan van aanpak wil een overzicht bieden van de activiteiten die zorgverzekeraars op het terrein van fraudebestrijding ondernemen en waarom. Op deze wijze wordt het voor iedere geïnteresseerde duidelijk wat van de zorgverzekeraars (zowel van individuele verzekeraars als van Zorgverzekeraars Nederland) verwacht kan worden.

Historie

In de reguliere verzekeringssector is fraude eerder op de agenda komen te staan dan in de zorgverzekeringssector. In 1998 heeft het Verbond van Verzekeraars het 'Protocol betreffende preventie en bestrijding van fraude in de verzekeringsbranche' uitgebracht, kortgezegd het Fraudeprotocol. In hetzelfde jaar doet de toenmalige Ziekenfondsraad een oproep aan ziekenfondsen een actiever beleid te ontwikkelen ten aanzien van misbruik en oneigenlijk gebruik. Vanwege bovenstaande ontwikkelingen en de toenemende marktwerking in de zorg besluiten zorgverzekeraars meer gezamenlijke activiteiten te ontwikkelen op het terrein van fraudebestrijding.

Activiteiten zorgverzekeraars

In 1999 richt Zorgverzekeraars Nederland het Platform Fraudebestrijding op. Doel van dit platform is het uitwisselen van ervaringen en het ontwikkelen van instrumenten om de fraude beter te kunnen tegengaan. Lid van het platform zijn de fraudecoördinatoren van de zorgverzekeraars.

Het Platform Fraudebestrijding heeft een groot aantal activiteiten tot stand gebracht, zoals de Werkgroep Casuïstiek, waar door fraudecoördinatoren in een kleiner verband fraudegevallen worden doorgenomen. Vanuit deze werkgroep wordt een overzicht bijgehouden, waarin alle fraudesoorten (geanonimiseerd) zijn opgenomen. Fraudecoördinatoren gebruiken dit overzicht bij de voorlichting die zij geven aan medewerkers van andere afdelingen binnen hun organisatie, met name om de herkenning van fraudegevallen te bevorderen.

Andere belangrijke producten zijn:

- **Model-beleidsplan Fraudebestrijding (2000).** Met behulp van dit beleidsplan kunnen zorgverzekeraars een eigen beleidsplan ontwikkelen om fraude in hun organisatie ingetraal te bestrijden.
- **Rapport 'Reden tot Zorg' (2001).** Naar aanleiding van een onderzoek van CMC is dit rapport verschenen, waarin de fraudegevoeligheid van de zorgverzekering in kaart is gebracht.
- **Aansluiting voor zorgverzekeraars bij het Externe Verwijzingsregister (EVR) (2002).** Dit register is ontwikkeld om verzekeraars (en banken) de mogelijkheid te geven elkaar te waarschuwen voor fraudeurs, zodat het fraudeverleden van een persoon bekend is zodra deze zich aanmeldt voor een nieuwe verzekering.

- **Rapport 'Sanctiemogelijkheden' (2002).** Zorgverzekeraars hebben verschillende mogelijkheden voor het treffen van sancties ten opzichte van fraudeurs en in dit rapport zijn deze mogelijkheden (met hun juridische haken en ogen) op een rij gezet. Ook zijn suggesties gedaan voor het maken van een afweging ten aanzien van de te treffen sancties.
- **Stappenplan 'Van vermoeden tot vaststelling' (2003).** Met behulp van dit stappenplan kunnen de fraudecoördinator hun onderzoek kunnen opzetten en inrichten. De vaste stappen die tijdens het onderzoek moeten worden doorlopen, worden besproken en per fraudesoort worden specifieke fraude-indicatoren weergegeven.

Principes van fraudebestrijding

De ervaring die zorgverzekeraars en ZN in de afgelopen jaren hebben opgedaan, hebben geresulteerd in een vijftal 'principes van fraudebestrijding'.

1. Fraude is onacceptabel

Zorgverzekeraars achten fraude niet acceptabel en intensiveren daarom de bestrijding ervan; "iedere onterecht uitgegeven euro is er één teveel". Dit geldt zowel voor 'keiharde' fraude (opzet, voor eigen gewin) als voor 'zachtere' vormen van fraude (minder duidelijke regels, geen eigen gewin). Alle declaraties, verstrekkingen en inschrijvingen dienen betrekking te hebben op daadwerkelijk geleverde prestaties en op waarachtige opgaven en zij dienen te geschieden volgens de geldende declaratiebepalingen.

2. Geen concurrentie tussen verzekeraars op het terrein van fraude

Zorgverzekeraars zijn van mening dat dat fraudebestrijding in de zorgverzekering geen item is waarop mag worden geconcentreerd. Het bestrijden van fraude is niet alleen in het belang van elke speler in de markt, het is eveneens van belang voor de branche als geheel. Dit betekent dat zorgverzekeraars samenwerken op het fraudedossier zonder angst elkaar 'in de keuken' te laten kijken.

3. Zorgverzekeraars kunnen het niet alleen

Fraudebestrijding is niet een verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars alleen. In de gezondheidszorg hebben de overheid en de politiek bijvoorbeeld een belangrijke rol, niet in de laatste plaats omdat veel van de randvoorwaarden van het declaratie- en ander financieel verkeer wettelijk worden vastgesteld. Zonder duidelijke declaratie- en vergoedingsregels en zonder sanctiemogelijkheden is het voor zorgverzekeraars moeilijk een effectief fraudebestrijdingsbeleid te voeren. Ook de opvolging van eventuele aangiftes van fraude door zorgverzekeraars is belangrijk. Het doen van aangifte is vruchteloos wanneer deze aangiftes niet leiden tot vervolging. Met name bij ernstige fraudezaken (in aard of omvang) is een goede samenwerking met de publieke partner (het openbaar ministerie) van belang.

4. Beginnen bij het begin

Preventie is het centrale begrip bij fraudebestrijding. Voorkomen is altijd beter dan genezen: het is beter een frauderende verzekerde niet te accepteren dan deze te royeren. Het is beter fraudegevoelige regelgeving aan te passen dan elke keer overtreders te moeten aanpakken. Het is beter een personeelslid te

screenen dan te moeten ontslaan na vastgestelde fraude. Ook detectie en sanctionering hebben met name hun waarde vanwege de preventieve werking; als men weet dat er goed gecontroleerd en passend gestraft wordt, zal een volgende fraude uitblijven.

5. Laat zien wat je doet

Zorgverzekeraars moeten meer laten zien wat zij op het gebied van fraudebestrijding ondernemen. Zo zou een zorgverzekeraar meer ruchtbaarheid kunnen geven aan het detecteren en sanctioneren van fraude, bijvoorbeeld in de nieuwsmedia of in de eigen publicaties. Maar ook op brancheniveau is meer communicatie nodig. Wat doen zorgverzekeraars tegen fraude en hoe succesvol zijn ze hierbij? Zowel publiek, pers als politiek moeten zich hiervan een correct beeld kunnen vormen en dat is alleen mogelijk als zorgverzekeraars laten zien wat ze doen.

Activiteiten 2003-2005

Uit bovenstaande principes blijkt dat fraudebestrijding een activiteit is die zeer veelomvattend is. De activiteiten die zorgverzekeraars de komende twee jaar gaan ondernemen, bewegen zich dan ook op al deze terreinen. In onderstaande beschrijving zijn de activiteiten onderverdeeld in de categorieën Beleid algemeen, Preventie, Detectie en Sanctionering.

Beleid algemeen

Gedragscode

Met ingang van 1 januari 2004 dienen alle leden van Zorgverzekeraars Nederland het Protocol Fraudebestrijding van het Verbond van Verzekeraars te hebben ondertekend en te voldoen aan de daaruit voortvloeiende verplichtingen. Dit betekent dat alle zorgverzekeraars moeten beschikken over een fraudecoördinator, deelnemen aan het waarschuwingssysteem EVR en een incidentenregister bijhouden. Daarnaast dienen zij alle vastgestelde fraudegevallen te melden aan het Fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars.

Zorgverzekeraars Nederland zal vanaf die datum actief controleren in hoeverre de leden aan deze verplichtingen voldoen en de leden aanspreken waar dat niet geval is.

Registratie fraudegevallen Verbond

Zorgverzekeraars dienen fraudegevallen die zij constateren melden aan het Fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars. De fraudes worden hier geregistreerd ten behoeve van het in kaart brengen van de zich in Nederland voordoende fraudegevallen ('criminaliteitskaart'). Het is van groot belang **alle** geconstateerde fraudes te melden, aangezien de registratie van het Fraudeloket als input kan dienen voor een inschatting van de omvang van de fraude en voor het signaleren van ontwikkelingen. Zorgverzekeraars Nederland zal dan ook in nauw contact met het Fraudeloket staan om de door zorgverzekeraars geregistreerde fraudes te monitoren. Eventueel kunnen individuele zorgverzekeraars (die naar verhouding te weinig fraudes melden) op hun registratie worden aangesproken.

Jaarlijkse inventarisatie

Als branchevereniging van zorgverzekeraars is het belangrijk een goed beeld te hebben van de activiteiten die bij de zorgverzekeraars plaatsvinden op het gebied van fraudebestrijding. Niet alleen om een overzicht te hebben van de inspanningen die worden gepleegd, ook om te weten welke belemmeringen er voor verzekeraars zijn hun beleid goed uit te voeren. Ook de samenwerking met het Openbaar Ministerie zal een vast punt van aandacht worden. Met ingang van het jaar 2003 zal de leden van ZN gevraagd worden mee te werken aan een jaarlijkse inventarisatie, waarin gevraagd wordt naar onder meer de aanstelling en positie van de fraudecoördinator, het aantal onderzochte en vastgestelde fraudes, de knelpunten die zich voordoen, de samenwerking met het OM. Ook de inbedding van het fraudebestrijdingsbeleid in de rest van de organisatie en het gevoerde sanctiebeleid komen aan de orde.

Opleiding fraudecoördinatoren

Zoals ook is vastgesteld in het rapport van het Openbaar Ministerie 'Zorg om zorgfraude' bestaat bij fraudecoördinatoren en fraudecontactpersonen behoefte aan een op de zorgsector gerichte opleiding voor fraudecoördinatoren. Het Verbond van Verzekeraars biedt wel een algemene opleiding aan voor fraudecoördinatoren in de verzekeringssector, maar een specifiek op de zorg gerichte aanvulling op deze opleiding bestaat nog niet. Hierin komt verandering: vanaf 2004 zal onder auspiciën van Zorgverzekeraars Nederland een speciaal voor fraudecoördinatoren uit de zorgverzekeringen ontwikkelde cursus worden aangeboden, waarin de belangrijkste thema's (zoals fraudeherkenning en de juridische aspecten van fraude in de zorgverzekering) aan de orde zullen komen.

Koepels zorgverleners

Fraude is een probleem van de gehele zorgsector. Dit betekent dat de bestrijding ervan zich niet moet beperken tot de zorgverzekeraars; de gehele zorgsector dient zich in te zetten om fraude maximaal te bestrijden. Vanaf 2004 zal Zorgverzekeraars Nederland zich inspannen om met de andere partijen in de zorgsector afspraken in het kader van fraudebestrijding te maken, bijvoorbeeld over het door de koepels gevoerde sanctiebeleid bij vastgestelde fraude door zorgverleners die lid zijn. Ook preventie zal een belangrijke rol spelen.

Personeelsbeleid

Interne fraude hoort tot het spectrum van de zich voordoende fraudevormen. Het is een realiteit waar elke organisatie mee te maken kan krijgen, maar in het bijzonder organisaties waar grote hoeveelheden geld worden ontvangen en uitgekeerd. Een zorgverzekeraar dient daarom in het personeelsbeleid rekening te houden met deze mogelijkheid, door onder meer bepaalde toetsingen op te nemen bij de werving van personen voor posities waar men toegang heeft tot het betalingssysteem. Dit geldt evenzeer voor de hogere posities. Een goed aanstellingsbeleid kan veel voorkomen, maar interne fraude kan desondanks toch plaatsvinden. Voor die situaties is het belangrijk ook hierop te zijn voorbereid; wat doen bij een vermoeden van fraude, wie voert het onderzoek uit, in hoeverre en op welk tijdstip worden anderen geïnformeerd en welke sancties worden getroffen indien fraude inderdaad wordt vastgesteld? In de komende periode zal ook op dit punt een document worden ontwikkeld, aan de hand waarvan zorgverzekeraars zelf hun beleid kunnen vormgeven. Daarbij zullen de aanbevelingen uit het Fraudeprotocol en de aanbevelingen van de PVK nadrukkelijk worden betrokken.

Preventie

Werkgroep Analyse Fraudegevoeligheid

In het rapport 'Reden tot Zorg' is een analyse gemaakt van de fraudegevoeligheid van de zorgverzekeringssector. Hieruit is gebleken dat er verschillen zijn in kwetsbaarheid tussen beroepsgroepen en verschillen tussen fraudevormen. Het onderzoek benoemt de oorzaken voor deze verschillen niet, noch bevat het concrete aanbevelingen om de specifieke kwetsbaarheden te beperken. In de werkgroep Analyse Fraudegevoeligheid dient deze vervolgstap alsnog gezet te worden. De werkgroep, die zal bestaan uit fraudecoördinatoren en medewerkers van ZN, gaat de oorzaken van de kwetsbaarheden analyseren (bijvoorbeeld de complexiteit van de regelgeving bij een bepaalde beroepsgroep of de beperkte sanctiemogelijkheden na een bepaalde fraudevorm). Hierbij wordt uitgegaan van het rapport uit 2001, maar ook andere documentatie, zoals het eindrapport van Prof. Van der Veen, zal betrokken worden bij de analyse. Naar aanleiding van deze analyse zal de werkgroep vervolgactiviteiten in gang zetten en begeleiden. Gezien het belang van een 'waakhond' op het terrein van regelgeving, administratieve processen en fraudebestrijding zal deze werkgroep geen tijdelijk, maar een blijvend karakter hebben.

Publiciteit

Van een heldere, open communicatie over fraudebestrijding kan een preventieve werking uitgaan. Zorgverzekeraars Nederland en haar leden zullen meer laten zien van de activiteiten om fraude te bestrijden en de resultaten ervan. Dit houdt in dat bijvoorbeeld bij vastgestelde fraudes (met name bij bijzondere fraudegevallen) de publiciteit meer actief gezocht zal worden.

Polisvoorwaarden en overeenkomsten

Zorgverzekeraars maken afspraken met verschillende partijen. Als eerste partij natuurlijk met diegenen die een verzekering aangaan: de verzekerden. Het maken van afspraken geschiedt door middel van de polisvoorwaarden. Zorgverzekeraars zouden hun fraudebestrijdingsbeleid beter moeten communiceren met de verzekerden. Opname van bepalingen over gebruik van gegevens voor fraudebestrijding en over sancties na vastgestelde fraude in de polisvoorwaarden kan een preventieve werking hebben en biedt de zorgverzekeraar bovendien de mogelijkheden die nodig zijn voor een effectief fraudebestrijdingsbeleid. Hoewel dit niet bij alle verzekeringsvormen mogelijk is, zullen in elk geval in de polisvoorwaarden van de particuliere verzekering, de aanvullende verzekering en van de SPP dergelijke bepalingen kunnen worden opgenomen. Ook in afspraken met andere partijen dient het fraudebestrijdingsbeleid een plaats te krijgen. De overeenkomsten die worden gesloten met zorgverleners zouden bepalingen moeten bevatten over het fraudebestrijdingsbeleid van de zorgverzekeraar. Daarnaast valt te denken aan overeenkomsten met leveranciers en niet in de laatste plaats aan de arbeidsovereenkomsten die worden gesloten met eigen medewerkers.

Detectie

Materiële controle

Zorgverzekeraars ontvangen steeds meer nota's op elektronische wijze. Dit betekent dat een handmatige beoordeling van declaraties minder belangrijk wordt en dat zorgverzekeraars het vooral zullen moeten hebben van geavanceerde systemen waarmee de vele elektronische declaraties op een slimme manier kunnen worden gecontroleerd. Zorgverzekeraars zullen zich in de toekomst meer gaan richten op wat van oudsher bij ziekenfondsen genoemd wordt 'materiële controle: het gezamenlijk controleren van groepen nota's, waarbij met name het combineren van de gegevens van de nota's tot de detectie van fraude kan leiden (datamining). Een voorbeeld hiervan is het onderling vergelijken van het declaratiegedrag van verschillende zorgverleners van dezelfde beroepsgroep; op die wijze kan worden gedetecteerd in hoeverre bij de ene zorgverlener bepaalde uitgebreide behandelingen opvallend vaak voorkomen ten opzichte van zijn of haar collega's.

Om zorgverzekeraars te helpen deze controles goed op te kunnen zetten, wordt momenteel gewerkt aan een 'protocol materiële controle', waarbij het met name gaat om de belangrijke randvoorwaarden, zoals de privacy van de verzekerden.

Landelijke afstemming intensieve controle

Alle zorgverzekeraars voeren controles uit op de ontvangen nota's. Niet alle declaratieregels worden even nauwgezet opgevolgd door de declarerende zorgverleners. Het zou goed zijn om als zorgverzekeraars bepaalde 'prikacties' te houden. In navolging van de Belastingdienst zouden zorgverzekeraars voor een bepaalde periode sterk verhoogde prioriteit kunnen geven aan het controleren op specifieke declaratieregels. Niet alleen wordt hierdoor de detectiekans vergroot, tevens is hier een preventief effect van te verwachten.

In ZN-verband zou een dergelijke actie kunnen worden voorbereid en afgestemd, waarbij de resultaten worden gebundeld en zo een landelijke beeld ontstaat. Eind 2003/begin 2004 is een dergelijke actie van de zorgverzekeraars te verwachten.

Meer onderzoeksprojecten

De Werkgroep Declaraties, die onderzoek doet naar het declaratiegedrag van zorgverleners, kan tevens worden ingezet voor ad-hoc onderzoek. Een voorbeeld hiervan is het huidige onderzoek naar de zo geheten 'verkeerde bed-meldingen', die ziekenhuizen moeten doorgeven in plaats van de vroegere machtigingsaanvragen. In de toekomst zal de mogelijkheid van het laten onderzoeken van nieuwe regelingen (op declaratieterrein, maar ook breder) meer benut moeten worden. De Werkgroep Declaraties kan op deze wijze de resultaten van afspraken in kaart brengen om zo een branche-breed beeld te geven.

Sanctionering

Eigen sanctiebeleid

In de komende jaren zullen zorgverzekeraars niet alleen over een fraudebestrijdingsbeleid moeten beschikken, maar ook het sanctiebeleid zal expliciet moeten worden gedefinieerd. Als organisatie is het belangrijk op een consequente wijze te sanctioneren en daarvoor is een vooraf vastgesteld beleid noodzakelijk. In 2003 is het

ZN-rapport 'Inventarisatie sanctiemogelijkheden' verschenen, aan de hand waarvan zorgverzekeraars hun eigen beleid kunnen opstellen.

Wetswijzigingen sanctiemogelijkheden

In het kader van de Ziekenfondswet en de Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen heeft de zorgverzekeraar weinig tot geen sanctiemogelijkheden; de fraudeerende verzekerde blijft recht houden op dezelfde verstrekkingen/vergoedingen tegen dezelfde premie en kan niet geroyeerd worden. Zorgverzekeraars Nederland zal zich de komende tijd sterk maken voor meer mogelijkheden tot sanctionering door zorgverzekeraars in de genoemde verzekeringsvormen.

Ook bij de inrichting van een eventuele basisverzekering dienen de fraudegevoeligheid en de sanctiemogelijkheden nadrukkelijk te worden meegenomen.

Samenvatting activiteiten 2003-2005

Activiteit	Toelichting	Wanneer	Leden/ZN
Beleid algemeen			
Gedragscode	ZN spreekt leden per 1-1-2004 aan op nakomen Gedragscode: - ondertekenen protocol - aanstellen fraudecoördinator - deelname EVR en incidentenregister - aanleveren fraudegevallen aan Verbond	2004, verantwoording over 2003	Beiden
Registratie fraudes bij Fraudeloket Verbond	ZN zal de melding van fraudegevallen aan het Verbond monitoren en waar nodig nader stimuleren	2003-2004	Beiden
Inventarisatie	de leden dienen ZN jaarlijks te informeren over activiteiten en resultaten en ZN gebruikt deze (geanonimiseerde) inventarisatie mede voor publicatie	2003	Leden
Opleiding	voor fraudecoördinatoren en fraude-contactpersonen wordt een cursus 'fraudebestrijding in de zorgverzekering' aangeboden	2004	ZN
Koepels zorgverleners	afspraken tussen ZN en andere koepels over het fraudebestrijdingsbeleid	2004	ZN
Personeelsbeleid	in personeelsbeleid expliciet vastleggen hoe fraude door eigen personeel voorkomen en bestreden wordt (aanstellingsbeleid, sanctionering)	2003-2004	Leden
Preventie			
Werkgroep Analyse Fraudegevoeligheid	de in het rapport 'Reden tot zorg' genoemde kwetsbaarheden van de zorgverzekering zullen worden geconcretiseerd en naar aanleiding daarvan worden vervolg-activiteiten in	2003-2004	Beiden

	gang gezet en begeleid.		
Publiciteit	ZN en de leden zullen een meer open communicatiebeleid voeren op het terrein van fraudebestrijding, zowel over het gevoerde beleid als over gedetecteerde fraudegevallen.	najaar 2003	Beiden
Polisvoorwaarden en overeenkomsten	ook in polisvoorwaarden en andere overeenkomsten bepalingen opnemen over fraudebestrijding	2003-2004	Leden
Detectie			
Materiële controle	zorgverzekeraars zullen steeds meer 'slimme controles' gaan uitvoeren, zoals vormen van materiële controle. ZN ontwikkelt samen met de leden een protocol materiële controle om de verzekeraars hierbij te ondersteunen.	eind 2003 (afronding protocol)	Beiden
Landelijke afstemming intensieve controle	bij bepaalde 'risicogroepen' declaraties zullen extra intensieve, landelijke controles worden gehouden	2003-2004	Beiden
Onderzoeksprojecten	resultaten van nieuwe regelingen of afspraken in kaart laten brengen door Werkgroep Declaraties	doorlopend	Leden
Sanctionering			
Sanctiebeleid	expliciet ontwikkelen sanctiebeleid, naast algemeen fraudebestrijdingsbeleid	2003-2004	Leden
Wetswijzigingen sanctiemogelijkheden	ZN maakt zich sterk voor wetswijziging die sanctionering mogelijk maakt.	2003-2004	ZN