



Zorgverzekeraars besparen 1,2 miljard euro door controle zorgnota's

Zeist, 11 juli 2013

Zorgverzekeraars hebben in 2012 voor een bedrag van ruim 1,2 miljard euro bespaard op de zorgkosten door controle en fraudebestrijding. Het grootste deel van dat bedrag, naar schatting zo'n 1 miljard euro, is bespaard door controles vooraf van de binnenkomende declaraties. Daarnaast is er voor 198 miljoen euro bespaard door controles achteraf op zorgnota's en heeft fraudeonderzoek nog eens 15,9 miljoen euro onjuistheden aan het licht gebracht. Dit blijkt uit de jaarlijkse inventarisatie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onder alle zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars vinden het onacceptabel dat geld van premiebetalers onterecht wordt uitgegeven, zeker in een tijd waarin iedereen moet bezuinigen. Daarom hebben zij ook in 2012 weer veel werk gemaakt van het tegengaan van onterechte declaraties en het opsporen van fraude. De komende jaren intensiveren zorgverzekeraars hun inspanningen op dit gebied nog verder.

Controleresultaten

In totaal is er in 2012 circa 33 miljard euro aan zorgkosten (basiszorg Zorgverzekeringswet) uitgekeerd. Door controle vooraf is hiervan in eerste instantie 8% (2,6 miljard euro) afgewezen, bijvoorbeeld omdat het tarief niet juist is of omdat de verzekerde niet bij de desbetreffende zorgverzekeraar is verzekerd. De meeste van deze afwijzingen vonden plaats in de Medisch Specialistische Zorg (MSZ), de GGZ en de Hulpmiddelenzorg. Naar schatting is ongeveer 40% van deze afgewezen declaraties definitief afgewezen. Dat leverde een besparing op van 1 miljard euro. Bij controles achteraf gaan zorgverzekeraars na of de zorg ook echt is geleverd en of deze passend is bij de zorgvraag. Dat resulteerde in een besparing van nog eens 198 miljoen euro. In 2011 waren de besparingen circa 800 miljoen door controle vooraf en 167 miljoen door controles achteraf.

Frauderesultaten

Onderzoek naar fraude is een belangrijk onderdeel van de aanpak, maar in geld uitgedrukt gaat het om beperkte bedragen. Om van fraude te kunnen spreken moet onder andere bewust handelen aantoonbaar zijn. In 2012 hebben zorgverzekeraars uiteindelijk voor 6 miljoen euro aan fraude vastgesteld (2011: 7,7 miljoen). Maar ook heeft het fraudeonderzoek naar andere zaken veel geld opgeleverd: voor 9,5 miljoen euro bleef het vermoeden van fraude overeind, maar kon de fraude niet aangetoond worden. En voor 370.000 euro bleek het uiteindelijk om een fout te gaan, en was het geen fraude. Opgeteld is er voor bijna 15,9 miljoen euro bespaard door fraudeonderzoek. De meeste onderzoekscapaciteit is gestoken in de AWBZ en de GGZ. Daarbij ging het vooral om instellingen en bureaus die zorg declareerden die niet verzekerd of niet geleverd was.

Inspanningen

Om te voorkomen dat geld onterecht wordt uitgegeven, spannen zorgverzekeraars zich in om declaraties te controleren op fouten. Bij alle declaraties (jaarlijks honderden miljoenen) controleren zij onder andere of het juiste bedrag is gedeclareerd en of de verzekerde voor de verleende zorg is verzekerd. Vervolgens controleren zorgverzekeraars of de zorg ook echt is geleverd en of deze

passend was bij de zorgvraag. Dat doen ze door bijvoorbeeld statistische analyses, steekproeven of enquêtes. Als er een vermoeden van fraude is, kan een zorgverzekeraar een fraudeonderzoek starten. Afhankelijk van de uitkomst van alle controle inspanningen vorderen zorgverzekeraars geld terug, delen ze waarschuwingen uit, beëindigen ze contracten, registreren ze fraudeurs in een waarschuwingsregister voor andere verzekeraars of zetten zelfs een straf-, bestuurs- of tuchtrechtelijk vervolg in.

Programma Intensivering controle en fraudebeheersing

Zorgverzekeraars nemen het tegengaan van onterechte declaraties en fraude zeer serieus en starten daarom met een speciaal programma, waarin ze samenwerken op de gebieden van controle, gepast gebruik en fraudebeheersing. Vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid delen zorgverzekeraars steeds meer controle- en fraudesignalen en resultaten, en werken zij samen bij onderzoeken naar grote fraudezaken die landelijk spelen. Daarnaast besteden de zorgverzekeraars elk jaar gezamenlijk extra aandacht aan controle van specifieke zorgsectoren. Voor 2014 zijn dat de GGZ, de Medisch Specialistische Zorg en het PGB.

Zorgverzekeraars zijn verder bezig – samen met andere betrokken partijen – om te zorgen dat vanaf 2014 ziekenhuisnota's begrijpelijker worden voor de verzekerden. Hierdoor krijgen verzekerden meer inzicht in wat de zorg kost en kunnen ze bijdragen aan het tegengaan van onterechte declaraties.

Een ander onderdeel van het programma is het verbeteren van de screening van zorgaanbieders om zo de kwaliteit en integriteit te bewaken en fraude te voorkomen. Hierbij willen de zorgverzekeraars de resultaten met elkaar delen. Zorgverzekeraars willen zich ook inspannen om zorgaanbieders voor te lichten over de regels omtrent declareren. En tot slot wordt later dit jaar onderzocht op welke wijze de landelijke declaratiegegevens ingezet kunnen worden voor 'datamining', waarmee nieuwe vormen van fouten of fraude kunnen worden opgespoord.

Kenniscentrum Fraudebeheersing

Sinds 1 januari 2012 delen zorgverzekeraars al hun fraudesignalen met het Kenniscentrum Fraudebeheersing in de Zorg. Het kenniscentrum analyseert deze signalen en zorgt voor de coördinatie van het verdere proces bij bijvoorbeeld bestuursrechtelijke afdoening of strafrechtelijke vervolging. Meer informatie over het kenniscentrum is te vinden op www.fraudeindezorg.nl

Noot voor de redactie, niet voor publicatie:

Meer informatie vindt u in de bijlage, of neem contact op met Zorgverzekeraars Nederland, afdeling Communicatie: Loek Caubo, tel. 06 535 29 080, of 030 698 8251, e-mail: l.caubo@zn.nl Of Elske Hijlkema, tel. 030 6988 242, e-mail: e.hijlkema@zn.nl.