

Vergaderjaar 2008–2009

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 21

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 11 november 2008

Naar aanleiding van een uitzending van het tv-programma Kassa op 19 april jl. heb ik met uw Kamer tijdens het vragenuur van dinsdag 22 april jl. gesproken over het toezenden van kopieën van nota's aan verzekerden als middel om fraude te voorkomen. Tijdens de uitzending van Kassa kwamen verschillende verzekerden aan het woord die nota's hadden ontvangen voor behandelingen die niet waren uitgevoerd zoals in de nota was opgenomen, of die helemaal niet waren uitgevoerd.

Mijn ministerie heeft regelmatig contact met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over fraudebestrijding. ZN heeft eind vorig jaar aangegeven de (on)mogelijkheden van het toezenden van kopieën van nota's aan verzekerden nader te zullen onderzoeken. Ik heb tijdens het vragenuur daarom aangegeven dat ik eerst de conclusies van dit onderzoek van ZN wilde afwachten, voordat ik zelf een standpunt inneem. Zorgverzekeraars zijn immers verantwoordelijk voor de administratieve afhandeling van declaraties. De conclusies van ZN heb ik inmiddels ontvangen.

Uit de frauderapportage 2007 van ZN blijkt dat er vorig jaar door controles van zorgverzekeraars voor € 58 miljoen aan onterechte declaraties (zorgaanbieders en verzekerden) is opgespoord. Daarnaast is voor een bedrag van € 8 miljoen aan fraude vastgesteld, wat een stijging van 16% is ten opzicht van 2006. Zoals ik ook in mijn antwoorden op de vragen van de leden Van Gerven en De Wit (beiden SP) van 22 mei jl.¹ heb aangegeven, betekent deze stijging in het opgespoorde fraudebedrag dat de investeringen van zorgverzekeraars in de bestrijding van fraude hun vruchten hebben afgeworpen. Steeds meer fraude wordt daadwerkelijk opgespoord en dat is goed nieuws.

Iedere euro fraude is echter een euro te veel. Daarom vind ik het belangrijk dat zorgverzekeraars, die een centrale rol hebben bij het bestrijden van fraude, een maximale inspanning plegen om fraude te voorkomen, op te sporen en te bestraffen. In de hierboven genoemde beantwoording van

¹ Aangangsel Handelingen, 2007–2008, nr. 6199.

vragen van de leden Van Gerven en De Wit heb ik opgesomd welke middelen de zorgverzekeraars hebben om fraude aan te pakken. Daarnaast hebben de Nederlandse Zorgautoriteit en de FIOD-ECD bevoegdheden om op te treden tegen fraude.

In de discussie over de bestrijding van fraude is ook regelmatig gesproken over het toezenden van kopieën van nota's aan verzekerden. Zij kunnen dan controleren of de zorg ook genoten is zoals in de declaratie is vermeld. Onjuist declaratiegedrag van zorgverleners of zelfs fraude zou op deze manier kunnen worden ontdekt en onder de aandacht van de zorgverzekeraar worden gebracht. Een tweede aspect van het toezenden van nota's is dat verzekerden zo inzicht kunnen krijgen in de voor hen gemaakte kosten. Het kostenbewustzijn van de verzekerde neemt hierdoor toe. Hieronder zal ik op beide aspecten nader ingaan.

Het declaratieverkeer loopt in toenemende mate rechtstreeks tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar, ook wanneer sprake is van een restitutiepolis. Zorgverzekeraars hebben met veel zorgverleners een contract en zien het als een extra service richting hun verzekerden om hen het declaratieverkeer uit handen te nemen. Ook besparen de zorgverzekeraars hiermee kosten. In de praktijk zien de meeste verzekerden dus zelden een nota voor verleende zorg.

Dit betekent niet dat verzekerden nooit inzicht krijgen in hun zorgkosten. Zorgverzekeraars sturen nu al periodiek declaratieoverzichten naar hun verzekerden of bieden deze op aanvraag aan. Dit is meestal gekoppeld aan de inning van het eigen risico of eigen bijdragen. Verzekerden reageren wel op deze overzichten, maar uit het onderzoek van ZN blijkt dat dit slechts incidenteel betrekking heeft op de juistheid van de declaraties. Door het regelmatig toezenden van declaratieoverzichten worden weinig slordigheden in declaraties of fraude ontdekt. Het toezenden van declaratieoverzichten of kopieën van nota's aan verzekerden zal volgens ZN dus weinig toevoegen aan de bestaande middelen om fraude op te sporen. Zorgverzekeraars geven wel aan dat de relatief lange periode die verloopt tussen de medische behandeling en het ontvangen van de informatie daarover door de verzekerde bijdraagt aan het beperkt aantal reacties. Het bekostigingssysteem van DBC's waarbij de DBC wordt gefactureerd als het hele zorgtraject, inclusief nazorg, is afgesloten, heeft hieraan bijgedragen en heeft deze periode wel wat verlengd.

Het belangrijkste bezwaar van verzekeraars tegen een uitgebreide en regelmatige terugkoppeling van nota's aan verzekerden zijn de hoge kosten. Dit komt doordat de terugkoppeling snel na de medische behandeling moet plaatsvinden om de controlefunctie reëel te laten zijn en omdat de informatie begrijpelijk moet zijn voor de verzekerden. Wanneer op kwartaalbasis wordt teruggekoppeld, bedragen de kosten voor de gehele markt tussen de € 40 en € 80 miljoen per jaar. Een frequentere terugkoppeling leidt tot nog hogere kosten.

Zoals ik ook al tijdens het vragenuur van 22 april jl. heb aangegeven, is dit ook voor mij een belangrijk bezwaar tegen een uitgebreide terugkoppeling door het regelmatig toezenden van kopieën van nota's aan verzekerden. Ik wil dit daarom niet over de volle breedte voor zorgverzekeraars verplicht stellen. Het zijn private zorgverzekeraars. Een dergelijke algemene verplichting zou op gespannen voet staan met de beperkte mogelijkheden die de derde Europese Schaderichtlijn aan lidstaten biedt om zich te mengen in de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars.

Ik ben er daarnaast niet van overtuigd dat door een algemene verplichting om kopieën van nota's aan verzekerden te zenden veel meer fraude wordt opgespoord. Mogelijk dat wel het aantal slordigheden in declaraties enigszins wordt teruggedrongen. Dit wordt echter ook op andere

manieren aangepakt. Zo wordt onder andere op dit moment de DBC-structuur herzien, wat er aan bijdraagt dat de administratie van ziekenhuizen verbetert en er minder fouten in de declaraties worden gemaakt.

Vanwege het hierboven genoemde tweede aspect van het toezenden van nota's vind ik het wel belangrijk dat verzekerden inzicht hebben in de door hen gemaakte kosten. Naast het declaratieoverzicht rond de inning van het eigen risico of eigen bijdragen, bieden steeds meer verzekeraars de mogelijkheid aan hun verzekerden om de declaratiegegevens via internet te raadplegen. Hiervoor wordt op de website van de verzekeraar een zogenaamde «Mijn.....» functie toegevoegd, waarop verzekerden kunnen inloggen. Dit is een laagdrempelige manier om de kosten transparant te maken. Ik vind het van belang dat verzekeraars wel met enige regelmaat declaratieoverzichten naar hun verzekerden blijven sturen. Zo'n actief aanbod van informatie door de verzekeraar biedt een duidelijke meerwaarde.

Samenvattend ben ik van mening dat het toezenden van kopieën van nota's aan verzekerden weinig zal bijdragen aan het verder terugdringen van slordig declaratiegedrag of fraude. Daar zijn voldoende andere middelen beschikbaar voor. Ik deel daarom de conclusie van ZN ten aanzien van het toezenden van kopieën van nota's. Dat laat onverlet dat ik het belangrijk vind dat verzekeraars hun inspanningen om de kosten voor genoten zorg inzichtelijk te maken voortzetten. Dit om het kostenbewustzijn van verzekerden te vergroten.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink