

Medium : Zorgspecial
Frequentie : 1x per maand
Oplage : 3.500
Advertentiewaarde :
Datum : 30 mei 2008

Zorgspecial

2008 Jaargang 10 Nummer 5

Coverstory:
Chronische lekkage bij zorgverzekeraars



Maandblad voor bestuurders, toezichhouders, directies en stafmanagers in de zorgsector

Tafelgesprek

HRM van deze tijd: crisis of uitdaging?

Samenwerken in netwerken en
allianties: een kwestie van balans

Succesvol besturen:
optelsom van kennis, ervaring en intuïtie

Evidence based design:
quod est demonstrandum!



Oorzaken, gevolgen, oplossingen....

Chronische lekkage bij zorgverzekeraars

In de schadeverzekeringsbranche is een trend zichtbaar dat het NIET bestrijden van bewuste gepleegde fraude onacceptabel is. Begin 2006 heeft het Verbond van Verzekeraars het 'Deltaplan aanpak fraude' gepresenteerd en dit heeft tot meer bewustwording en ook concrete acties geleid binnen de schadeverzekeringsbranche. Tijd voor de zorgverzekeraars om ook in actie te komen. De actualiteit vraagt er ook om. Op 17 augustus van het vorig jaar moest de Minister van VWS al antwoorden op vragen uit de Tweede Kamer over dit onderwerp en op 19 april besteedde het VARA consumentenprogramma Kassa ook aandacht aan het verschijnsel. Kern van de uitzending was daarbij de onwil, die verzekerden vaak aantreffen bij hun verzekeraar om zich met een geconstateerde of vermeende foutieve declaratie bezig te houden.

Fraude en administratieve fouten als oorzaken

Het ten onrechte uitkeren kan verschillende vormen hebben, van doelbewuste fraude door een zorgaanbieder tot en met het onterecht uitkeren door foutieve en/of niet uitgevoerde controles op de geldende regels. De oorzaken zijn in het bijzonder te vinden op twee terreinen:

-  Erfenissen vanuit het verleden. De huidige inrichting van controleprocessen is niet meer adequaat. In de loop van de afgelopen tien jaren zijn er diverse soorten controles ontstaan, die door verschillende medewerkers op verschillende plekken in het bedrijfsproces en met verschillende (systeem)hulpmiddelen worden uitgevoerd. Met een eindresultaat dat niet al te best is: de huidige procesgang is niet integraal opgezet, is duur in de uitvoering en laat toe dat er nog steeds te veel declaraties onterecht worden uitgekeerd.
-  Inzet verouderde technologie en ontbreken integrale visie. Controleprocessen en de organisatieonderdelen die zich hiermee bezig houden worden nog maar al te vaak ondersteund door verschillende ICT-systemen die hierop niet zijn ingericht. Er is sprake van ingeregelde (=systeemgestuurde) controles en van handmatige (steekproefsgewijze) controles. Een integraal systeem voor de geautomatiseerde uitvoering en monitoring van controleprocessen en fraudedetectie wordt echter nog niet ingezet.

Erfenissen uit het verleden: huidige wijze van werken voldoet niet meer



Op dit moment is het zo dat een zorgverzekeraar op verschillende momenten in het proces toetst of een ingediende declaratie wel voor uitbetaling in aanmerking komt. Zo zijn er bij zorgverzekeraars medewerkers bezig om te toetsen of declaratie voor dat tarief wel ingediend had mogen worden, op basis van de algemeen geldende wettelijke regels en de specifieke polisvoorwaarden van die bewuste verzekeraar: men noemt dit de formele controle. Medewerkers controleren bijvoorbeeld of een zorgverlener voor bepaalde bijzondere verrichtingen wel een machtiging hebben gekregen. Een ander voorbeeld is het controleren op de zogenaamde instellingstoelag voor paramedici. Deze mag maar één keer per dag gedeclareerd worden, maar wordt vaak meermaals voor één dag gedeclareerd

Voorbeeld 1 formele controle:

Toeslag aan huis behandelingen: paramedici mogen bij behandeling van patiënten thuis een extra toeslag in rekening brengen ter compensatie voor de gemaakte reiskosten. Indien echter op één adres meerdere patiënten worden behandeld dan mag deze toeslag maar één keer worden gerekend. Vaak blijkt dat zorgverleners toch net zoveel toeslag rekenen als dat er patiënten zijn behandeld. Dit kan verschillende oorzaken hebben:

-  zorgverleners zijn niet bekend met de exacte regelgeving

COVERSTORY

-  het elektronisch declaratiesysteem heeft uitsluitend codes voor behandelingen op de praktijk of behandelingen thuis. Aan die laatste categorie wordt automatisch de aan huis toeslag toegevoegd
-  de zorgverlener probeert onterecht zichzelf te verrijken

Hoewel er geen sprake hoeft te zijn van opzet, betreft het altijd een onterechte uitkering!



Voorbeeld 2 formele controle:

Een verzekerde koopt een nieuwe bril. Bij het afhalen van de bril ontvangt hij van de opticien een rekening. Als de verzekerde bij zijn basisverzekering ook een aanvullende verzekering heeft afgesloten hoeft hij de bril veelal niet te betalen aan de opticien. De opticien kan de bril rechtstreeks in rekening bij de zorgverzekeraar brengen als hij daar een overeenkomst voor heeft afgesloten. Met name de grotere ketens hebben dat gedaan. Algemeen wordt aangenomen dat er een groep consumenten is, die doodleuk de bril zelf ook gedeclareerd hebben en vergoed hebben gekregen.

Betreft de formele controle dus de toelaatbaarheid van een declaratie, er is ook controle of de zorgaanbieder een dienst of hulpmiddel ook daadwerkelijk geleverd heeft aan de uiteindelijke cliënt en of de aard van de dienst of het hulpmiddel juist is. Dit noemt men de materiële controle.

Voorbeeld 1 materiële controle:

Het komt voor dat zorgverleners verrichtingen declareren die helemaal niet kunnen bij een hulpbehoevende, zoals behandelingen op verstandskiezen bij jonge kinderen. Soms is in dit soort situaties sprake van vergissingen, andere keren ook van opzet. Een ander voorbeeld betreft het zogenaamde 'knippen' van behandelingen: om meer geld te kunnen declare-

ren kan een zorgverlener net doen alsof één behandeling er in werkelijkheid twee waren. De verzekerde in kwestie is dan weliswaar behandeld door de betreffende zorgverlener, maar in werkelijkheid maar half zo vaak als dat er behandelingen geclaimd zijn. Dit is vaak lastig te controleren, omdat de verzekerde zelf niet altijd een nota met de geclaimde behandelingen te zien krijgt. Alleen nabellen van verzekerden achteraf kan aantonen hoe vaak een patiënt daadwerkelijk is behandeld.



Voorbeeld 2 materiële controle:

De zorgverzekeringswet is een brei van complexe wet- en regelgeving, maar daagt vaak ook uit tot 'creatief boekhouden' bij zorgverleners. Er zijn alledaagse voorbeelden te keur. Een mooi voorbeeld hiervan is het verwijderen van tandsteen. Voor het verwijderen van tandsteen zijn drie verschillende tarieven vastgesteld. Voor het verwijderen van tandsteen beperkt € 12,50, verwijderen gemiddeld € 22,60 en voor verwijderen uitgebreid € 45,10. De tarieven verschillen dus aanzienlijk. Nu zou je verwachten dat de tijdsduur van de behandeling mede bepaalt welk tarief een tandarts mag declareren. Niets is minder waar. De omschrijving wijkt alleen af op het niveau van geringe hoeveelheid, meerdere of enkele plaatsen in de mond en voor uitgebreid tandsteen verwijderen moet de behandelingsduur aanmerkelijk langer zijn dan noodzakelijk is bij de gemiddelde gebitsreiniging. Dus werkelijk aangeven of een tandarts die steeds het hoogste tarief declareert, fraudeert is lastig vast te stellen. Je zou kunnen kijken naar meer dan gemiddeld hoog declaratie gedrag en als aanvulling hierop verzekerden kunnen oproepen op het spreekuur van de controlerende tandarts in dienst van de zorgverzekeraar.

De afgelopen jaren zijn bij veel zorgverzekeraars ook teams geïnstalleerd die zich specifiek bezig houden met het detecteren en afhandelen van bewuste fraude.

COVERSTORY

Deze speciale afdelingen sporen niet alleen fraudeurs op, maar stellen ze ook aan de kaak. Als dit stelselmatig en efficiënt wordt gedaan zal hier ongetwijfeld ook een sterk preventieve werking van uitgaan.

Voorbeeld fraudecasus:

Bij een tandarts werden zich maandelijks herhalende patronen aangetroffen van claims van duizenden euro's bij meerdere patiënten. Er werden per patiënt meer kiezen gevuld dan een mens heeft en dit dan ook nog eens bij een flink aantal personen. Door controle op de ongeloofwaardige toename van het declaratiebedrag liep deze zorgverlener tegen de lamp.

Maar de genoemde teams, samen met de bestaande controleafdelingen, bevinden zich vaak in organisatorisch gescheiden kolommen binnen de zorgverzekeraars. Er is vaak nog geen sprake van een integraal werkend proces: men werkt veelal gescheiden en onafhankelijk van elkaar. Daarbij gebruikt men vaak ook nog eens verschillende systeemhulpmiddelen om de taken uit te voeren en te ondersteunen.

Inzet verouderde technologie en ontbreken van een integrale aanpak op fraudedetectie- en afhandeling

De hierboven genoemde organisatieonderdelen die zich met de controleprocessen bezig houden worden vaak ondersteund door verschillende ICT-systemen: van het aloude gebruik van Excel tot ingeregelde controles in het primaire declaratiesysteem, inzet van business intelligence tools en zelf ontwikkelde hulpmiddelen voor het opbouwen en volgen van dossiers.

Zorgverzekeraars kennen tegenwoordig twee grote verwerkingsstromen: zorgverlenersnota's die grotendeels via elektronische bestanden binnen komen en klantdeclaraties die veelal via een papieren stroom nog binnen komen. Vaak wordt deze laatste papieren stroom wel ingescand of verwerkt via een zogenaamd ponsbureau en omgeturnd tot een digitale stroom. De genoemde twee verwerkingsstromen resulteren in miljoenen (tussen de 20 en 50 miljoen) zogeheten declaratieregels. Deze declaratieregels worden verwerkt in een primair systeem waar systeemcontroles ingeregeld zijn welke dan weer voor een afwijzing of voor

uitval zorgen. Deze uitval wordt handmatig opgepakt. Maar aan de huidige gangbare ingeregelde systeemcontroles kleven vele bezwaren:

-  Gedurende de laatste jaren, dankzij vele wijzigingen in de wet- en regelgeving, is er vaak sprake van vele zogenaamde 'workarounds'. Omdat vooraf ingeregelde controles niet direct kunnen inspelen op de wijzigingen wordt de verzekeraar met ongewenste 'controle-uitval' geconfronteerd. Om dit te voorkomen en verstoppingen in de declaratiestroom tegen te gaan worden controlesystemen uitgezet en worden achteraf weer meer handmatige controles uitgevoerd, totdat het systeem is aangepast. Die aanpassingen hebben natuurlijk altijd een suboptimaal karakter.
-  Kennis over wat het systeem nu precies doet is er niet meer. Het is te complex geworden. Wat vaak weer resulteert in het feit dat grote delen van controles blijvend zijn 'uitgezet' met de hierboven al beschreven gevolgen.
-  De primaire productiesystemen zijn feitelijk niet gebouwd als kennisstelsel: het is lastig om kennisregels in te brengen en deze op een eenvoudige wijze te beheren.
-  Kennisregels worden niet centraal vastgelegd. Onderhoud en actualiseren van deze kennisregels is vaak een complexe bezigheid, voorbehouden aan specialisten.

Kortom: Een integraal systeem voor de detectie, afhandeling en monitoring van controleprocessen en fraudedetectie wordt nog niet ingezet. De huidige wijze van inregeling van systeemcontroles is niet meer adequaat. Het is aan te bevelen om dit soort controleprocessen in de toekomst te ondersteunen door zogenaamde kennisgebaseerde systemen die er specifiek op zijn ingericht om goed om te kunnen gaan met steeds veranderende kennisregels (controles). Op de markt komen steeds meer van dit soort systemen, met mogelijkheden om de controlesystematiek geheel te parametriseren en aan te passen op veranderende omstandigheden, zoals nieuwe regelgeving of nieuwe inzichten op basis waarvan specifieke controleregels worden ingericht. Dit draagt er dan weer

COVERSTORY

toe bij dat een groter deel van de verwerkingsstroom geautomatiseerd kan worden verwerkt zonder menselijke tussenkomst (Straight Through Processing).

Wie heeft er pijn?

Behalve bewust frauderende zorgverleners en consumenten zal iedereen het erover eens zijn dat een doeltreffend en eerlijk systeem van declareren, honoreren en controleren, zeer gewenst is. Het is ook anderszins een issue geworden. Met de toenemende concurrentie op de zorgmarkt en de grotere rol, die aan zorgconsumenten wordt toegedacht, zal de zorgverzekeraar die haar proces het beste inricht en derhalve het minste onterecht uitkeert zich beter kunnen profileren. Hoewel exacte cijfers niet bekend zijn zal er zeker sprake zijn van een opwaartse druk op de verzekeringspremies. En dat terwijl van zorgverzekeraars maatschappelijk wordt verwacht dat ze zich inspannen voor een beperkte stijging van de (macro) schadelast.

Kenmerken van een 'anti leakage programma'

Nu de analyse van oorzaken en gevolgen van de huidige declaratie- en controlemechanismen is gedaan, resteert de vraag: wat moet er gebeuren om tot aanzienlijke verbeteringen te komen? Op basis van de gegeven feiten en conclusies is een lijst opgesteld van tien maatregelen, zowel organisatorisch als technologisch, die gezamenlijk het 'anti leakage programma' vormen.

Organisatorische maatregelen:

- 1 Ontwerp een integraal controleproces: met als output één geïntegreerd controleplan en voorkom daarbij niet gecoördineerde activiteiten in verschillende organisatorische units;
- 2 Voeg organisatorische units samen: voeg materiële- en formele controleteams samen. Vanuit de historie zijn dat vaak nu nog twee gescheiden organisatorische units, terwijl de logica hiervoor niet meer aanwezig is;
- 3 Plan controles gedetailleerd in: maak een gedetailleerd controleplan per verstrekkingsoort. Elke zorgsoort dient een controleplan te hebben, specifiek voor die zorgsoort gemaakt;

- 4 Aanleggen van een kennisbank: maak een (actuele) kennisbank van controleregels per verstrekkingsoort en leg deze vast in het punt 5 genoemde kennisstelsel;
- 5 Eigenaarschap van de controleregels in de business: organiseer het eigenaarschap en het beheer van de controleregels (kennisregels) in de business (en dus zeker niet bij een ICT afdeling);
- 6 Betrek (interne) stakeholders bij de beheerorganisatie: maak de beheerorganisatie van de kennisregels verantwoordelijk voor continue aanpassingen en verbeteringen van de controleregels. Aanpassingen aan controleregels worden bepaald in een 'processteam' waarin de belangrijkste stakeholders zitting hebben (backoffice, zorginkoop, controleteams, finance);
- 7 Introduceer een 'lerende organisatie': voer regie over het regelmatig aanpassen en vernieuwen van de te gebruiken controleregels;
- 8 Regel de besturing op het controleproces in: definieer specifieke KPI's (Key Performance Indicators –red.) voor de controleprocessen, beleg deze en stuur hierop vanuit een jaarplancycclus.

Technologische Innovatie:

- 9 Maak gebruik van moderne kennisystemen: zet een ICT- systeem in dat specifiek is ontworpen en ingericht om goed om te kunnen gaan met continue veranderende kennisregels;
- 10 Selecteer en implementeer een integraal werkend systeem: zorg voor een integraal geautomatiseerd systeem dat het controleproces op alle aspecten kan ondersteunen: van detectie, tot casusopbouw, tot rapportage en beheer van de te gebruiken controleregels;

De auteur is directeur en één van de oprichters van Mobilee Consultancy (www.mobilee.nu). Dit organisatieadviesbureau verrichtte de inventarisatie bij een aantal zorgverzekeraars, waarop dit artikel is gebaseerd.