

Vergaderjaar 2012–2013

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 30

BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 mei 2013

In het ordedebat van 14 mei 2013 (Handelingen II 2012/13, nr. 81, Regeling van werkzaamheden) heeft u verzocht om een brief over fraude in de zorg. Wij komen graag aan uw verzoek tegemoet. Het tegengaan van fraude in de zorg heeft onze speciale aandacht. Het kan niet zo zijn dat de betaalbaarheid van de zorg onder druk komt te staan omdat de beschikbare middelen op een onjuiste manier worden gebruikt. Wij delen de verontwaardiging over deze vorm van criminaliteit en maken ons hard voor de bestrijding ervan. Graag maken wij van de door u geboden gelegenheid gebruik u te melden welke maatregelen wij reeds hebben ingezet en welke extra maatregelen worden genomen om fraude in de zorg effectief te bestrijden.

Fraude is van alle tijden en elk systeem kent zijn eigen specifieke risico's, daarom vergt het continue onze aandacht. In deze brief gaan wij daar nader op in. Vervolgens zullen we aangeven wat er tot nu toe is gebeurd en wat de extra inzet zal zijn om de fraude aan te pakken in de cure en de care.

1 Elk stelsel heeft eigen specifieke risico's

Zorgfraude is geen nieuw verschijnsel. Zorgfraude komt in alle tijden en in elk stelsel voor. Elk stelsel kent eigen risico's waardoor mensen er onrechtmatig voordeel uit kunnen halen. In elk stelsel zullen dan ook specifieke beheersmaatregelen moeten worden genomen om het behalen van onrechtmatig voordeel te voorkomen. Deze maatregelen moeten voortdurend worden bijgesteld en vernieuwd. Dat is de uitdaging waar wij volop mee bezig zijn. Een uitdaging ook die we niet alleen kunnen aangaan, maar waarbij de inzet van diverse andere partijen in de keten van preventie, detectie en repressie onontbeerlijk is.

De omvang van fraude is onbekend. Getallen die circuleren zijn schattingen gebaseerd op een percentage van de totale zorguitgaven. Zo bevatte eerder onderzoek van het Openbaar Ministerie (het rapport «Zorg om zorgfraude», Kamerstuk 28 600 XVI, nr. 112) geen harde cijfers over de geschatte omvang van de fraude in de zorgsector. Eén van de oorzaken is dat de onderzoekers geen bevoegdheden hadden om de boeken in te gaan. Daardoor was er ook geen zicht op de omvang van het aantal onjuiste declaraties op basis waarvan vervolgonderzoek mogelijk zou zijn geweest om te bepalen in welke mate deze onjuiste declaraties te maken hadden met frauduleus gedrag.

Onrechtmatigheden en fraude zijn volstrekt onacceptabel en bestrijding daarvan behoeft ten alle tijde een hoge prioriteit. Daar zijn we dan ook volop mee bezig, zo functioneert sinds 2009 onder regie van VWS de Regiegroep verbetering zorgfraudebestrijding. Resultaten van de werkzaamheden van deze regiegroep zijn onder andere de aanpak van fraude met persoonsgebonden budgetten, het instellen van een fraudeverzamelpunt bij de NZa en het uitvoeren van een onderzoek naar data-mining als techniek voor zorgverzekeraars om fraude op te sporen.

Met de partners in deze regiegroep is inmiddels de onderlinge samenwerking geïntensiveerd en vastgelegd in een convenant. De convenantpartners (VWS, NZa, IGZ, ZN, Inspectie SZW, FIOD, Belastingdienst, OM en CIZ) hebben de regiegroep omgevormd tot *Taskforce Integriteit Zorgsector*. Doel van deze taskforce is het verbeteren van de preventie, detectie en repressie van zorgfraude. In een beleidsagenda heeft de taskforce de concrete actiepunten neergelegd waar de komende periode aan gewerkt wordt. U heeft recent van ons brieven ontvangen waarin we ons gevoerde en geplande beleid hebben uiteengezet. Hieronder zullen we deze maatregelen nogmaals de revue laten passeren.

2 Maatregelen en acties in de cure

2.1 Brief 26 maart 2013

In de brief die op 26 maart jl. naar uw Kamer is gestuurd (Kamerstuk 28 828, nr. 22) zijn diverse maatregelen op een rijtje gezet. Volledigheidshalve staan die hieronder opgesomd.

Fouten in de jaarcijfers van zorgverzekeraars

- Uitvoeren van een boete-onderzoek bij vijf zorgverzekeraars;
- De NZa zal zich bij het Vereveningsonderzoek 2012 specifiek richten op controle van declaraties door zorgverzekeraars, de kwantificering van uitkomsten van controles van de zorgverzekeraars met hierbij aandacht voor afwijkende waarden;
- Om deze verbeteringen in te kaderen heeft de NZa op basis van de regel «Controle en administratie zorgverzekeraars» die op 1 januari 2013 in werking is getreden nadere voorschriften gegeven voor de uitvoering van controles en fraudeonderzoeken.

Ketenaanpak

- Naar aanleiding van de Europsyche casus is de NZa bezig de geldende publiekrechtelijke regelgeving over het declareren aan te scherpen en eenduidiger te maken.

Verbetering zorgfraude aanpak

- Uitvoeren van risico analyses op fraude in de ggz en medisch specialistische zorg;
- Meer aandacht voor preventie door onder andere het tegengaan van fraudegevoeligheid van wet- en regelgeving;
- Het stimuleren van zorgverzekeraars in het uitvoeren van materiële controles en fraude onderzoeken;
- Het oprichten van een gezamenlijke projectorganisatie van toezicht en opsporing voor het analyseren en opwerken van meldingen over zorgfraude;
- Voor de AWBZ wordt uitvoering gegeven aan maatregelen die zijn voorgesteld in de risicoanalyse op fraude in de AWBZ zorg in natura (early warning door cliëntenorganisaties, landelijk systeem voor screening van zorgaanbieders, betere juridische positionering CIZ).

2.2 Aanvullende maatregelen

Tijdens het Algemeen Overleg met de vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid op 10 april 2013 over de bestrijding van zorgfraude zijn diverse toezeggingen gedaan. Met deze brief worden een aantal toezeggingen uit dat AO aangescherpt en uitgebreid.

Onderzoek naar omvang van fraude

Tijdens het bovengenoemde AO is gevraagd om een onderzoek naar de omvang van fraude in de zorg. Bij motie Kamerstuk 28 828, nr. 29, tijdens het VAO op 25 april 2013 is aan de regering gevraagd een dergelijk onderzoek uit te voeren en de resultaten vóór de begrotingsbehandeling in het najaar van 2013 aan de Kamer te melden. Wij hebben de NZa gevraagd om samen met externe experts dit onderzoek zo snel mogelijk uit te voeren en ons dit najaar de resultaten te doen toekomen. Dit onderzoek wordt verbreed van de cure naar de care. Ook zullen wij het onderzoek uitbreiden met het opsporen van de zwakke plekken in het systeem opdat gerichte maatregelen mogelijk zijn.

Inzet van vele extra ogen

In de brief van 14 mei 2013 over kostenbewustzijn is ingegaan op de maatregelen die samen met de sector en de NPCF genomen worden om het kostenbewustzijn te vergroten. Het verhogen van het kostenbewustzijn en het verbeteren van de inzichtelijkheid van de zorgnota is van belang om misstanden met declaraties en verspilling tegen te gaan. Zoals in die brief is aangegeven zal er nauwgezet op worden toegezien dat zorgverzekeraars, zorgaanbieders en de betrokken branchepartijen hiermee voortvarend aan de slag gaan zodat de patiënten in de loop van 2014 een duidelijke rekening krijgen en zij zelf kunnen controleren of die rekening klopt.

Uitbreiding capaciteit NZa en OM

De NZa heeft extra capaciteit gekregen om het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de AWBZ en de Zvw te intensiveren. Op basis van het nog uit te voeren onderzoek naar de omvang van fraude in de zorgsector zullen wij beoordelen of en in welke mate een verdere capaciteitsuitbreiding van de NZa noodzakelijk is. In het verlengde hiervan zal ook overleg plaatsvinden met de minister van VenJ over of een capaciteitsuitbreiding bij het OM ook noodzakelijk is. Het OM is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke vervolging van fraude in de zorgsector.

Verbeteringen in het systeem van wet- en regelgeving

Misstanden in de declaraties als gevolg van onduidelijkheden of teveel interpretatieruimte in de regelgeving, moet worden voorkomen en uitgebannen. De NZa heeft in 2012 een inventarisatie gemaakt van onduidelijkheden die zorgaanbieders ervaren bij het registreren en declareren van DOT-zorgproducten. Naar aanleiding hiervan is de NZa bezig met aanpassingen van de productstructuur DOT en/of regelgeving. Per 1-1-2012 is het DBC-declaratiesysteem vervangen door DOT, een enorme operatie die tot doel heeft de administratieve lasten te verlichten en de fraudebestendigheid van de bekostigungsstructuur te vergroten door het risico op het zogenaamde upcoden te verminderen.

Ook gaan we na of er, behalve in de bekostiging, nog meer onduidelijkheden zijn in de wet- en regelgeving. Daartoe zijn de volgende activiteiten ingang gezet.

Een werkgroep, bestaande uit VWS, de NZa, ZN, de FIOD en het OM komt, onder de vleugels van de Taskforce integriteit zorgsector, met voorstellen hoe de bestaande en nieuwe wet- en regelgeving van VWS meer fraude-proof gemaakt kan worden.

Daarnaast voeren we, samen met de ketenpartners, twee algemene risicoanalyses uit naar fraude in de GGZ en in de medisch specialistische zorg. In deze trajecten wordt gekeken of en zo ja waar zich naast de bekostiging nog meer risico's op fraude voordoen.

2.3 Verbeteringen in het toezicht

In het regeerakkoord Rutte 1 is een intensivering van het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw opgenomen. Deze intensivering moet jaarlijks € 47 miljoen euro opleveren. Daartoe is VWS medio 2011 het project PlnCeT (Project Intensivering Controle en Toezicht) gestart met als deelnemers het CVZ, de NZa, DBO-O, ZN, de NVZ, de NFU, de OMS en ZKN. Het doel van dit project was nagaan hoe controle en toezicht kunnen voorkomen dat declaraties voor ziekenhuiszorg die niet voldoen aan de wettelijke voorwaarden, toch worden vergoed. Het project PlnCeT heeft diverse aandachtsgebieden en verbeterpunten opgeleverd.

Begin februari 2013 stelde mevrouw Bouwmeester Kamervragen over een gebrek aan controle van ziekenhuisdeclaraties door zorgverzekeraars. Bij de beantwoording van deze vragen op 12 maart jongstleden is van de gelegenheid gebruik gemaakt om mijn conclusies van het project PlnCeT aan uw Kamer te melden. In de beantwoording zijn de aandachtsgebieden uit het project PlnCeT benoemd. Deze aandachtsgebieden betreffen: versterking van de aansluiting van de DBC-zorgproducten op het collectief verzekerd pakket, verduidelijking van de

(controle-) normen, stimulansen gericht op het versterken van de controle van declaraties, versterking van de aandacht van partijen in de zorgketen voor controlesystemen, versterking van risico-management systemen bij partijen in de zorgketen en voldoende capaciteit en samenwerking.

Zoals in het AO d.d. 10 april naar voren is gebracht, is er reeds overleg met ZBO's en veldpartijen met als doel de controle op de rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet te verbeteren. Dit is mede een vervolg op PlnCeT. In deze gesprekken, die de komende tijd worden voortgezet, wordt bezien welke maatregelen partijen zelf reeds hebben genomen en welke maatregelen nog genomen moeten worden naar aanleiding van de hiervoor genoemde aandachtsgebieden voortvloeiend uit het project PlnCeT.

Diverse partijen hebben hun rol in deze inmiddels opgepakt. De NZa voert bijvoorbeeld het programma correct declareren uit. Voorts heeft de NZa per 1 januari 2013 de «Regeling controle en administratie zorgverzekeraars» ingevoerd. Deze regeling stelt nadere eisen aan onder andere de

uitvoering van controles en fraudeonderzoeken door de zorgverzekeraars en hiermee wordt voorzien in de mogelijkheden van een verdere inzet van formele handhavinginstrumenten zoals aanwijzingen en boetes.

Sanctie-instrumentarium voldoende?

De NZa heeft bij haar toezicht naast het voeren van normoverdragende gesprekken de keuze uit verschillende bestuursrechtelijke handhavinginstrumenten:

- het opleggen van informatieverzoeken, inclusief herstelplannen;
- het geven van een aanwijzing;
- het openbaar maken van een aanwijzing;
- het toepassen van bestuursdwang;
- het opleggen van een last onder dwangsom; en
- het opleggen van een boete.

De NZa kan aan zorgaanbieders boetes opleggen ter hoogte van maximaal € 500.000 voor iedere afzonderlijke overtreding en, indien de afzonderlijke overtredingen gezamenlijk leiden tot een hogere boete, tot 10% van omzet van de onderneming (op grond van artikel 85 lid 2 Wmg). De NZa kan aan zorgverzekeraars (op grond van artikel 87 Wmg) boetes opleggen tot 10 miljoen voor overtredingen die betrekking hebben op het doorgeven van hun aantallen verzekerden, hun verzekerdenkenmerken of hun zorgkosten, noodzakelijk voor de vaststelling van de vereveningsbijdrage.

Wij laten onderzoeken of en in hoeverre de bestaande handhavinginstrumenten voldoende effectief, divers en zwaar zijn.

3 Maatregelen en acties in de care

3.1 Algemeen

De aanpak van fraude in de langdurige zorg bestaat uit een aanpak van fraude gepleegd met het persoonsgebonden budget (pgb) en een aanpak van fraude gepleegd met zorg in natura. De partijen die in 2012 het begrotingsakkoord sloten, gaven prioriteit aan het aanpakken van de fraude met het pgb. Hiervoor werden ook middelen beschikbaar gesteld.

In 2012 heeft VWS, in samenwerking met de Regiegroep verbetering zorgfraudebestrijding, voor de aanpak van fraude met zorg in natura (mede naar aanleiding van de motie Venrooy-Van Ark en Uitslag (Kamerstuk 25 657, nr. 43) een risicoanalyse opgesteld. Over deze risicoanalyse is uw Kamer op 31 oktober 2012 (Kamerstuk 33 400 XVI, nr. 15) bericht.

Op basis van deze risicoanalyse worden diverse maatregelen genomen. Het betreft als eerste het vormgeven van een «early warning» door cliëntenorganisaties. Het doel daarvan is het makkelijker te maken voor cliënten om vermoedens van fraude te melden. Momenteel wordt met 5 patiëntenorganisaties gesproken over de opzet van een onderzoek naar de mogelijkheden van het melden en verwerken van vermoedens van fraude en oneigenlijk gebruik. Daarnaast gaat het om het verbeteren van de screening van zorgaanbieders en het onderzoeken hoe de positie van het CIZ kan worden verstevigd bij vermoedens van fraude.

3.2 Fraude met pgb

De media hebben de afgelopen periode met enige regelmaat bericht over vaak schrijnende gevallen van fraude met pgb-gelden. Terecht was er in deze media, in de samenleving en in de politiek verontwaardiging over

deze zaken, waarbij op georganiseerde wijze met opzet misbruik van overheidsgeld werd gemaakt dat is bedoeld voor kwetsbare mensen. Neveneffect is dat de pgb-regeling in een kwaad daglicht komt te staan. Mede vanwege de aanhoudende zaken van pgb-fraude is in het (in 2012 gesloten) Begrotingsakkoord voor 2013 en 2014 € 15 mln beschikbaar gesteld. In december 2012 is het op basis daarvan opgestelde plan voor de intensivering van de aanpak van pgb-fraude aan de Kamer gezonden (DLZ/KZ-U-3141826). Bij het plan was als bijlage het door de Inspectie SZW uitgevoerde «fenomenenonderzoek» naar de werkwijze van fraudeurs bijgevoegd.

Het toegestuurde plan bouwt enerzijds voort op reeds daarvoor genomen maatregelen. Voorbeelden van eerder genomen maatregelen zijn het invoeren van een keurmerk voor bemiddelingsbureaus (2012) en de regel dat het pgb uitsluitend gestort kan worden op de rekening van de budgethouder of zijn wettelijk vertegenwoordiger (2009). Het pgb kan hierdoor niet meer op de rekening van bijvoorbeeld een bemiddelingsbureau worden overgemaakt. Een overzicht van de eerder reeds genomen maatregelen is opgenomen bij het plan inzake de intensivering van de pgb fraude. Anderzijds bevat het plan tal van nieuwe maatregelen.

Omvang van de pgb fraude

In het verslag van de regeling van werkzaamheden d.d. 14 mei jongstleden, waarin om voorliggende brief wordt verzocht, worden verschillende vragen gesteld over de omvang van fraude met het pgb.

In het toegestuurde plan intensivering pgb-fraude is aangegeven dat de zorgkantoren in totaal voor circa € 6 mln aan pgb-fraude hebben teruggevorderd. Ook onderzoeken zij momenteel diverse andere signalen en meldingen van mogelijke pgb-fraude. Daarnaast is het de inschatting van het Openbaar Ministerie dat zij nu voor enkele tientallen miljoenen aan zaken in onderzoek heeft.

Ik ga er vanuit dat – mede door de intensievere fraudebestrijding meer fraudes zullen worden opgespoord.

Ter illustratie: de zorgkantoren van CZ zagen de pgb-fraude toenemen van 400.000 euro in 2011 tot 1 miljoen in 2012. In het eerste kwartaal van 2013 heeft CZ 9 ton teruggevorderd. Bij de zorgkantoren van VGZ steeg de omvang van de gesignaleerde pgb-fraude de afgelopen twee jaar met 50 procent, waarmee die uitkwam op 6,5 ton.

Het is nog te vroeg om een inschatting van het totaalbedrag samenhangend met pgb-fraude te kunnen maken. Terwijl het – als het gaat om terugvordering – tot nu om (relatief) niet zeer hoge bedragen gaat, ligt het in de rede dat deze omvang en het aantal fraudezaken de komende periode aanzienlijk toe zullen nemen. Dit mede door het gevoerde beleid dat de gepleegde fraude transparant maakt.

Doelstellingen van de aanpak van pgb fraude

Naast de inherente noodzaak om fraude aan te pakken, speelt bij pgb-fraude de noodzaak om kwetsbare cliënten te beschermen. Gebleken is dat pgb-fraude veelal wordt gepleegd door bemiddelingsbureaus. Dit zijn bureaus die aanbieden budgethouders te helpen bij het vinden van goede zorgverleners en de administratieve lasten van budgethouders over te nemen. Sommige van deze bureaus zetten cliënten aan om te frauderen, waarbij de cliënt soms in een schrijnende situatie terechtkomt. Het gaat hier om cliënten die door hun kwetsbaarheid nauwelijks bij machte zijn zich daartegen te verzetten. Naast het tegengaan van fraude zelf, is

daarom evenzeer belangrijk de meer kwetsbare cliënten te beschermen tegen fraudeurs.

Plan 2013–2014 intensivering aanpak pgb fraude

Het eind 2012 aan de Kamer toegezonden plan is ontwikkeld met alle relevante partijen, zoals Per Saldo (vereniging van budgethouders), de zorgkantoren, het College voor zorgverzekeringen, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Zorgautoriteit, de inspectie SZW, het Openbaar Ministerie, en de Regiegroep verbetering zorgfraudebestrijding. Kernelementen van de geïntensiveerde aanpak zijn:

- Voorkomen van fraude: nieuwe cliënten die een indicatie en een pgb aanvragen, krijgen een gesprek met het Centrum indicatiestelling zorg (ten behoeve van indicatiestelling) en het zorgkantoor (ten behoeve van besluit al dan niet toekenning pgb). Hierdoor kan beter gezien worden of een pgb daadwerkelijk aan de orde is en of de cliënt daarvoor een bewuste keuze heeft gemaakt, waardoor de mogelijkheden voor frauderende bureaus afnemen.
- Vervolgen fraudeurs: bij de Inspectie SZW is een aparte nieuwe eenheid ingericht om pgb fraude te vervolgen. Deze eenheid bestaat uit 22 fte frauderechercheurs. De eerste zaken zijn reeds onder handen en hebben de media gehaald.
- Uitbreiding capaciteit Openbaar Ministerie en Nederlandse Zorgautoriteit. Bij het Openbaar Ministerie is de capaciteit uitgebreid om de zaken die door de Inspectie SZW zijn aangedragen te vervolgen. De Nederlandse Zorgautoriteit heeft meer capaciteit gekregen om toezicht uit te oefenen op de zorgkantoren bij aanpak van pgb fraude.
- Nalopen huidige budgethouders: om de fraude zo breed mogelijk op te sporen en om kwetsbare cliënten te beschermen tegen fraudeurs, zullen de zorgkantoren bij ruim 20% van «hun» budgethouders een huisbezoek afleggen. Deze 20% wordt geselecteerd op basis van een risicoprofiel dat is afgeleid van de in het verleden geconstateerde fraude. Samen gaat het om ca. 30.000 huisbezoeken. De huisbezoeken beginnen in juni van dit jaar en zullen eind 2014 zijn afgerond. Indien bij de huisbezoeken een vorm van fraude wordt geconstateerd is het mogelijk om de betaling voor het pgb te stoppen, kan er omzetting van pgb naar zorg in natura plaatsvinden, kan het zorgkantoor bezien of de middelen civiel- of bestuursrechtelijk terug te vorderen zijn en kan bezien worden of vervolging mogelijk is (bijvoorbeeld via de Inspectie SZW).
- Vanaf 2014 invoering van trekkingsrechten: het gaat daarbij om een systeem waarbij de budgethouder wel zeggenschap over zijn pgb, maar krijgt hij het geld niet contant gestort. Betaling wordt gedaan door het zorgkantoor. Doordat het geld niet meer contant op de rekening komt van de budgethouder, is het pgb minder aantrekkelijk voor fraudeurs.

Voor de begeleiding van de uitvoering van dit plan is een regiegroep samengesteld vanuit VWS, PerSaldo, het College voor zorgverzekeringen, Zorgverzekeraars Nederland, de Inspectie SZW, de Nederlandse Zorgautoriteit en het Centrum indicatiestelling zorg. In deze regiegroep is expliciet aandacht voor het leren van de ervaringen die opgedaan worden bij de uitvoering van het plan, zodat nadere beleidsvorming kan plaatsvinden en het pgb meer fraudebestendig wordt. Een expliciet aandachtspunt hierbij is dat nagegaan wordt of de bestaande handhavinginstrumenten voldoende effectief zijn.

Voorts is onlangs met de Inspectie SZW gesproken. Zij hebben verslag gedaan over hun bevindingen tot dusver. Hierbij kwam ook naar voren dat er meer mogelijke gevallen van pgb-fraude aan de Inspectie SZW worden

gemeld. De Inspectie heeft tevens aangegeven dat zij bij de uitoefening van hun taak te maken hebben met enkele bijzondere aspecten, zoals het medisch beroepsgeheim en de bijzondere ketenstructuur. Een en ander zal in de regiegroep pgb-fraude nader worden verkend, waarbij ik in het bijzonder zal bezien of het handhavinginstrumentarium kan en moet worden aangescherpt, in het bijzonder dat van de zorgkantoren.

3.3 Toegang tot de AWBZ

In de uitzending van Brandpunt d.d 12 mei jongstleden over vermeend misbruik met indicaties voor AWBZ-zorg werd in drie interviews aangegeven dat de betrokken zorgaanbieders herindicatiebesluiten hebben aangevraagd voor cliënten die al bij hen in zorg waren, om dusdoende hogere zorgzwaartepakketten «te regelen». Deze cliënten hebben – naar eigen zeggen – de extra aangevraagde zorg niet nodig. Een en ander is daarom reden om aan te nemen dat deze hogere indicaties slechts zijn gevraagd om hogere zorgzwaartepakketten bekostigd te kunnen krijgen. Het is uiteraard geenszins de bedoeling dat zorgaanbieders over de rug van cliënten hogere zorgvragen gehonoreerd krijgen dan voor die cliënten strikt noodzakelijk zijn.

Het is overigens niet zo dat een hoger indicatiebesluit onmiddellijk leidt tot hogere inkomsten voor zorgaanbieders. Immers, de afspraken voor een bepaald jaar zijn reeds gemaakt met het zorgkantoor en bovendien heeft het zorgkantoor een gemaximeerde contracteerruimte. Ook de macroruimte voor de kosten van de zorg zijn begrensd. Dat neemt niet weg dat onterechte hogere zorgindicatiebesluiten op de iets langere termijn wel kunnen leiden tot hogere inkomsten voor de aanbieder als resultante van zijn gewijzigde mix van zorgzwaartepakketten.

Het systeem van indicatiestelling

Uw Kamer is bij verschillende gelegenheden geïnformeerd over het – ook in de zorg – terugdringen van onnodige bureaucratie en het verminderen van administratieve lasten (Kamerstuk 29 515, nr. 295). Op uitdrukkelijk verzoek van uw Kamer hebben ambtsvoorgangers stappen gezet om het vertrouwen te vergroten, niet alleen in cliënten maar ook in zorgaanbieders en professionals in de zorg. Dit onder meer door het vereenvoudigen van procedures rondom indicatiestelling (Kamerstuk 30 597, nr.116).

Deze vereenvoudigingsmogelijkheden bestaan uit het – met gebruikmaking van de elektronische AanmeldFunctionaliteit¹ – hanteren van een Standaard Indicatieprotocol (SIP) of Herindicatie onder Taakmandaat (HIT). In beide gevallen indiceren de zorgaanbieders zelf met gebruikmaking van de formulieren en processen zoals die ook door het CIZ worden gebruikt. Bij SIP's gaat het om cliënten die nog niet in zorg zijn, maar waarvoor de zorginzet relatief eenvoudig is, vaak van kortere duur en vooraf qua resultaat bekend. Bij de Herindicaties onder Taakmandaat gaat het om cliënten die al in zorg zijn, hun eerste indicatiebesluit van het CIZ hebben ontvangen en waarvoor bij toegenomen zorgzwaarte een nieuw besluit nodig hebben.

Sinds oktober 2011 is een pilot gestart met de zogenaamde indicatiemelding 80+. U bent hierover geïnformeerd bij brief van 1 juni 2011 (Kamerstuk 30 597, nr. 186). Cliënten van ten minste 80 jaar kunnen door zorgaanbieders zelf worden geïndiceerd voor een hen passend zorgzwaartepakket. De idee hierachter is dat zorgaanbieders en zorgprofessionals deze mensen vaak al langer kennen en heel goed kunnen inschatten welke

¹ AF, die al langer bij aanbieders in gebruik was om snel indicatiebesluiten te kunnen aanvragen voor cliënten)

intramurale zorg zij nodig hebben, als onderdeel van een zogenaamde zorgcarrière. Om die reden is er juist met het oog op het terugdringen van onnodige bureaucratie voor gekozen het vertrouwen op dat professioneel inzicht om te zetten in een handzaam instrument, de melding 80+.

In alle gevallen van vereenvoudigde indicatiestelling is het nog steeds het CIZ dat het indicatiebesluit afgeeft, er moet immers sprake blijven van een voor bezwaar en beroep vatbare beslissing. De SIP's worden steekproefsgewijs achteraf getoetst, de HiT's worden steekproefsgewijs vooraf getoetst, de meldingen 80+ worden zonder toetsing omgezet in een besluit. Ten aanzien van de meldingen 80+ wordt ten behoeve van een evaluatie aan het eind van dit jaar gemonitord. Hierover is uw Kamer eveneens geïnformeerd (Kamerstuk 30 597, nrs. 218 en 255). Het CIZ toetst de meldingen 80+ overigens ook steekproefsgewijs. Het CIZ houdt door middel van kwartaalrapportages bij wat er door hen zelf en wat er op basis van SIP's, HiT's en Melding 80+ door aanbieders wordt geïndiceerd. Daarbij worden niet alleen aantallen bekeken, maar ook hoe de zorgzwaartes van de door het CIZ uitgevoerde indicaties en de door zorgaanbieders uitgevoerde indicaties zich tot elkaar verhouden. Om van de bovenstaande mogelijkheden gebruik te kunnen maken moeten aanbieders aan bepaalde voorwaarden voldoen. De medewerkers worden geschoold en er wordt een contract getekend. Bij geconstateerde afwijkingen zal allereerst contact gelegd worden en worden bezien of de procedure die zal leiden tot een indicatieadvies goed genoeg bekend is, of inhoudelijk gezien door de professional of aanbieder de goede keuzes worden gemaakt ten aanzien van aandoeningen, beperkingen en bijvoorbeeld gebruikelijke zorg. Bij herhaald verkeerd gebruik zal worden besloten een aanbieder af te sluiten van het systeem. Daarnaast kan het CIZ wanneer is gebleken dat een indicatie op onjuiste (medische) gegevens is afgegeven of op andere gronden, met terugwerkende kracht een nieuw besluit nemen. Er is dan sprake van een ambtshalve herindicatietraject. Vanaf medio 2012 zijn er circa 800 van deze trajecten uitgezet. In een aantal gevallen heeft dit geleid tot een nieuw besluit waarin minder of geen zorg werd geïndiceerd. Zelfs is de indicatie in een aantal gevallen met terugwerkende kracht stopgezet. In 2012 is in één geval aangifte gedaan.

De Brandpunt-uitzending betreft – voor zover kon worden nagegaan – door zorgaanbieders verrichtte Herindicaties onder Taakmandaat. Hiervoor zijn destijds, in samenspraak met CIZ, aanvragen gekozen die in een logische zorgbiografie liggen bij langdurige ziektebeelden met toenemende zorgbehoefte. Deze aanvragen worden 1 op 4 vooraf op inhoud getoetst, dat wil zeggen: de toetser toetst of hij/zij op basis van de door de zorgaanbieder aangeleverde informatie tot dezelfde conclusie zou zijn gekomen. De toetser kijkt daarbij naar logica en consistentie en kan hierover nog telefonisch contact hebben met de zorgvrager zelf. Destijds is er om redenen van administratieve lastenverlichting, kostenefficiëntie, vertrouwen en belasting voor de zorgvrager niet voor gekozen om bij deze toetsing het gehele traject over te doen, dus inclusief eigen onderzoek en informatievergaring bij de behandelaars. Hier zitten dus risico's van opwaartse bijstelling door zorgaanbieders.

Fraudeonderzoek door het CIZ

In 2010 is bij het CIZ een Fraudekernteam (=FKT) opgericht. Per 1 april 2013 is er een nieuwe afdeling formeel van start gegaan met de nieuwe benaming «afdeling Fraudebestrijding AWBZ». Er is onder andere een speciaal intern digitaal meldpunt (o.a. voor de «niet-pluis»situaties) ingericht en een werkinstructie opgesteld voor afhandeling van individuele dossiers, binnen het primaire proces van het CIZ, waarbij het

vermoeden of risico van fraude bestaat. Externe meldingen (van bijvoorbeeld zorgaanbieders) komen binnen via het klantencontactcentrum. Ook is er een samenwerkingsverband met diverse zorgkantoren, de NZA, de inspectie SZW en dergelijke, via wie de afdeling meldingen krijgt. Het CIZ heeft sinds 01-02-2012 meerdere uitgebreide complexe onderzoeken (waarbij meestal meerdere meldingen in 1 onderzoek worden behandeld) uitgevoerd.

Onderzoek Algemene Rekenkamer naar CIZ

In het Verantwoordingsonderzoek VWS 2011 heeft de Algemene Rekenkamer een onvolkomenheid geconstateerd in de toezichtrelatie tussen het Ministerie van VWS en het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). De Rekenkamer constateerde een gebrek aan toezicht door VWS op (het kwaliteitstoezicht door het CIZ op) de kwaliteit van de indicatiestelling voor zorg op grond van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Rekenkamer heeft hierbij niet gekeken naar de kwaliteit van de indicatiestelling zelf maar naar het toezicht door VWS op de kwaliteit van de indicatiestelling door het CIZ.

In de reactie op het Rapport bij het Jaarverslag VWS 2011 hebben wij gesteld dat het toezicht op de kwaliteit van de indicatiestellingen (binnen het CIZ) goed is geregeld. Naar aanleiding van de bevindingen hebben wij ons periodiek op de hoogte laten stellen van de uitkomsten van het toezicht. Indien de resultaten uit het kwaliteitstoetsingssysteem daartoe aanleiding geven zullen bestuurlijke afspraken over maatregelen worden gemaakt. Op grond van de ingezette maatregelen om het toezicht op (het toezicht door het CIZ op) de kwaliteit van de indicatiestellingen te verbeteren, laat de Rekenkamer de onvolkomenheid vervallen. Wel vraagt de Rekenkamer aandacht voor het verbeteren van de sturingsinformatie door te zorgen voor tijdige en volledige rapportages over de kwaliteit van de uitvoering. Deze aanbeveling is in het najaar van 2012 opgepakt; kwaliteitstoezicht maakt sedertdien deel uit van de kwartaalrapportages van het CIZ.

Nader onderzoek

Ik ga nader onderzoek doen naar risico's op onregelmatigheden bij het indiceren door zorgaanbieders met gebruikmaking van daarvoor ter beschikking gestelde procedures. Bovendien zal ik laten onderzoeken of en zo op welke wijze het CIZ (nadere) handhavingsbevoegdheden kan en moet krijgen. Dit mede in het licht van de vormgeving van de nieuwe wet voor wat nu de AWBZ is. In de brief over de hervorming van de langdurige zorg van 25 april 2013 is reeds aangegeven dat er wijzigingen zullen worden aangebracht in de toelating van cliënten tot het systeem. Zo ligt het in het voornemen om meer persoonlijk contact tussen het CIZ en nieuwe cliënten te gaan hanteren en zullen de mogelijkheden van de Sip's, HiT's en de melding 80+ verdwijnen.

4 Slot

Fraude is onverteerbaar en dient zo hard mogelijk bestreden te worden. Fraude met voor zorg bestemde middelen tast behalve de betaalbaarheid van ons zorgstelsel ook de solidariteit aan. Solidariteit is een belangrijke pijler van ons stelsel, deze mag geen gevaar lopen doordat we er niet voldoende in slagen om verrijking ten koste van de premiebetaler te voorkomen.

Overigens is bij het financieel beheersbaar maken van ons zorgstelsel een brede aanpak noodzakelijk. Alle noodzakelijk maatregelen dienen te worden genomen om de uitgaven in de zorg in de hand te houden. Ten

aanzien van de cure betekent dit dat het noodzakelijk is om èn verspilling in de zorg aan te pakken en een doelmatige verstrekking van het verzekerd pakket te bevorderen, èn dat wij met partijen actief zijn om fraude in de zorg te bestrijden en het toezicht op de rechtmatigheid in de zorg te versterken, èn dat het noodzakelijk is om te kijken naar de samenstelling van het verzekerd pakket.

Op 25 april jongstleden is de brief «Hervorming van de langdurige zorg: naar een waardevolle toekomst» naar uw Kamer gezonden. Deze brief bevat een breed scala van samenhangende maatregelen, waarbij betere kwaliteit, houdbaarheid en meer zorgen voor elkaar hand in hand gaan. Uit het voorgaande mag blijken dat de aanpak van fraude in de langdurige zorg via diverse lijnen en met verschillende partijen met kracht wordt aangepakt. Immers, juist bij het realiseren van deze hervorming is een voortvarende aanpak van fraude noodzakelijk.

De minister van Veiligheid & Justitie zal u separaat een brief doen toekomen naar aanleiding van de vraag van mevrouw Bruins Slot of het mogelijk is om het aantal rechtszaken dat op het gebied van zorgfraude wordt gevoerd, boven water te krijgen.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers

De staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J. van Rijn