

Vergaderjaar 2008–2009

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 264

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 9 juni 2009

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft onlangs uitkomsten gepubliceerd van de inventarisatie van het controle- en fraudebeleid van zorgverzekeraars in 2008. Ik heb het persbericht van ZN met bijlage bijgevoegd. In deze brief geef ik u mijn reactie op de cijfers en conclusies van ZN. Daarnaast geef ik in deze brief ook mijn reactie op de motie van de leden Agema en Schippers van 16 december 2008 waarin zij mij oproepen om het voortouw te nemen bij de bestrijding van zorgfraude¹. De staatssecretaris van VWS heeft in haar beantwoording van vragen van het lid Agema over fraude met het persoonsgebonden budget (pgb) al aangekondigd dat ik zo spoedig mogelijk een reactie op deze oproep zou sturen². Met deze brief voldoe ik aan die toezegging.

Ik ga in deze brief alleen in op de fraudebestrijding binnen het stelsel van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Binnen het stelsel van de AWBZ zijn de rollen anders verdeeld. Naar aanleiding van de vermoedens van fraude met pgb's heeft de staatssecretaris van VWS in haar brief van 7 januari jl. aangekondigd dat er verschillende maatregelen genomen worden om herhaling te voorkomen³. Ook in de eerder genoemde beantwoording van vragen van het lid Agema over berichten over fraude in de thuiszorg (naar aanleiding van het Djahé-rapport) en met het pgb is de staatssecretaris ingegaan op de door haar te nemen maatregelen. Over de toekomstbestendigheid van het pgb-systeem heeft de staatssecretaris voor de zomer een brief aan de Kamer toegezegd.

Jaarlijks maakt ZN de resultaten bekend van de inventarisatie van het controle- en fraudebeleid van zorgverzekeraars. Ook dit jaar blijkt uit de cijfers dat zorgverzekeraars veel geld hebben bespaard door een intensieve controle van declaraties. Het grootste deel van de besparingen is behaald met materiële controles die hebben geleid tot het terugvorderen of niet uitkeren van onterechte declaraties. Hierbij gaat het om verrichtingen die bijvoorbeeld al in een andere vorm waren gedeclareerd, maar waarbij geen sprake is van opzettelijk onterecht declareren. Vorig jaar is

¹ Kamerstukken II, 2008–2009, 29 689, nr. 238.

² Kamerstukken II, 2008–2009, Aanhangsel, nr. 3487.

³ Kamerstukken II, 2008–2009, 30 597, nr. 46.

voor ongeveer € 93 miljoen aan dergelijke declaraties gedetecteerd, veel meer dan in 2007 (€ 58 miljoen). Is er wel opzettelijk onterecht gedeclareerd, dan is er sprake van fraude. In 2008 hebben de zorgverzekeraars voor ongeveer 7 miljoen aan fraude opgespoord. Dit is iets minder dan in 2007 (€ 8 miljoen). Niet alleen het opgespoorde bedrag aan fraude is gedaald, ook het aantal vastgestelde fraudegevallen is afgenomen van 1187 in 2007 naar 392 in 2008. Dit heeft tot gevolg dat het gemiddelde fraudebedrag wel is verdubbeld. Volgens ZN wordt het grootste deel (66%) van de fraude gepleegd door zorgaanbieders en derden (bijvoorbeeld bemiddelingsbureaus, intermediairs, volmachten en leveranciers).

Ik wil benadrukken dat de opbrengst van fraudebestrijding in het juiste perspectief moet worden geplaatst. De leden Agema en Schippers verwachten dat meer opgespoorde fraude ook zal leiden tot lagere zorgpremies. Ik deel deze verwachting niet. Het totale bedrag aan onterechte declaraties en fraude in 2008 (€ 100 miljoen) is krap 0,5% van het totaalbedrag aan declaraties (€ 22 miljard). Aangezien aan fraudebestrijding ook kosten zijn verbonden, zal opsporing wel leiden tot een marginaal lagere schadelast, maar niet of nauwelijks tot lagere premies. De kosten en baten van fraudebestrijding moeten daarom altijd goed in het oog worden gehouden. Dat is ook de reden dat ik uw Kamer eind vorig jaar heb geschreven weinig te voelen voor het verplicht stellen van het toezenden van kopieën van nota's door verzekeraars aan verzekerden. Nog los van het feit dat de Europese schaderichtlijn mij hiervoor geen ruimte biedt.

Uit de inventarisatie blijkt verder dat zorgverzekeraars vorig jaar extra inspanningen hebben geleverd om onjuiste declaraties en fraude op te sporen. Er wordt meer gebruikgemaakt van detectietechnieken en er is meer samenwerking tussen controleafdelingen. Ook zijn er meer mensen vrijgemaakt voor de fraudebeheersing. Ik vind het een belangrijk signaal dat zorgverzekeraars meer tijd en menskracht beschikbaar stellen aan de bestrijding van fraude. Binnen het stelsel van de Zorgverzekeringswet hebben zorgverzekeraars daarbij immers een centrale rol. Zij zijn verantwoordelijk voor het betalen van declaraties en het innen van premies. Zorgverzekeraars kunnen met formele en materiële controles onjuiste declaraties en fraude opsporen. Daarnaast hebben zij verschillende mogelijkheden om frauderende aanbieders of verzekerden sancties op te leggen. Uiteraard wordt ten onrechte uitgekeerd geld teruggevorderd. Uit de inventarisatie van ZN blijkt dat in 2008 de bovengenoemde bedragen van in totaal € 100 miljoen aan onjuiste declaraties en fraude is teruggevorderd of niet is uitgekeerd.

De zorgverzekeraars staan niet alleen in hun opsporende taak. Ook de NZa, de FIOD-ECD en het Openbaar Ministerie zijn bij de opsporing en bestraffing van fraude betrokken, waarbij iedere partij zijn eigen rol heeft. Naast het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars en het recht- en doelmatigheidstoezicht op de uitvoering van de AWBZ, houdt de NZa toezicht op de naleving van regels van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) door de zorgverleners. Deze regels bevatten voorschriften voor onder meer het declareren van zorg en het verstrekken van informatie. Bij overtreding kan de NZa optreden met bestuurlijke handhavingsinstrumenten. Daarnaast houdt de NZa toezicht op de uitvoering van de controles door zorgverzekeraars om onterechte declaraties van zorgaanbieders en verzekerden op te sporen. Binnenkort zal de NZa overigens haar visie op integriteit en fraudebestrijding publiceren, waarmee ze haar bevoegdheden met betrekking tot de fraudebestrijding nader zal invullen.

Tegen bepaalde overtredingen kan uiteindelijk ook strafrechtelijk worden opgetreden. Het zal hierbij vooral gaan om zwaardere fraudegevallen,

waarbij sprake is van hoge geldbedragen en/of recidive. Hierover hebben de NZa, het Openbaar Ministerie en de FIOD-ECD afspraken met elkaar gemaakt en vindt er regelmatig overleg tussen deze partijen plaats. Ook zorgverzekeraars kunnen overigens naar aanleiding van door hen gedetecteerde fraude aangifte doen bij politie of justitie.

De signaalwerking die van de opsporing en bestraffing van fraudeurs uitgaat, is echter zeer belangrijk. Fraude mag niet worden getolereerd. Daarom geef ik ook invulling aan mijn rol bij het voorkomen van fraude. Niet door fraudeurs zelf op te sporen en te bestraffen, maar door de NZa bevoegdheden en middelen te geven waarmee kan worden opgetreden tegen fraude in de zorg. Ook heb ik regelmatig contact met de zorgverzekeraars en blijf ik, als systeemverantwoordelijke, alert op kwetsbaarheden in wet- en regelgeving en systemen in de zorg, zoals het DBC-systeem. Om ook in de toekomst de kans op onterechte declaraties en fraude verder te verkleinen wordt het nieuwe DBC-systeem (DOT, met nieuwe productstructuur en bijbehorend registratie- en declaratiesysteem) zo min mogelijk fraudegevoelig vormgegeven. Bij de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur die per 1 juli 2009 gefaseerd wordt ingevoerd en per 2011 zal worden gebruikt in het declaratieverkeer, wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de behoefte aan eenduidige en duidelijke regels. Ook is aan Coziek (het informeel overlegorgaan van landelijke accountants in de zorgsector) gevraagd om de beheersbaarheid en de controleerbaarheid van het nieuwe DBC-systeem te toetsen. Daarnaast is ZN bij de ontwikkeling van DOT betrokken.

Ook behoort de zorgpasfraude nagenoeg tot het verleden door het (gedeeltelijk) inwerking treden van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg¹. Hierover heb ik uw Kamer, naar aanleiding van vragen van het lid Agema, begin juni vorig jaar geïnformeerd². Vanaf 1 juni jl. hebben alle zorgaanbieders op grond van deze wet de verplichting om met behulp van het burgerservicenummer de identiteit van een nieuwe patiënt/cliënt vast te stellen. Hierdoor wordt een aanzienlijke drempel opgeworpen om dit soort fraude nog te plegen.

De fraudebestrijding is afhankelijk van verschillende partijen die, zoals ik hierboven heb beschreven, ieder hun eigen rol hebben. Het is belangrijk dat deze rolverdeling helder is en wordt gerespecteerd en dat alle partijen hun verantwoordelijkheid voor de fraudebestrijding nemen. De verschillende bij de fraudebestrijding betrokken partijen moeten daarom met elkaar in gesprek zijn en blijven.

Ik ben bereid het voortouw te nemen bij het versterken van de samenwerking tussen de verschillende partijen om door het delen van kennis en ervaring het frauderisico verder te beperken. Daarom zal ik op korte termijn alle betrokken partijen waaronder Zorgverzekeraars Nederland, de NZa, het Openbaar Ministerie, de FIOD-ECD en de SIOD, uitnodigen om met elkaar te bespreken hoe de bestrijding van fraude verder verbeterd kan worden. Uiteraard zullen de staatssecretaris van VWS en de minister van Justitie hierbij betrokken zijn.

Ik vertrouw erop hiermee voldoende uitvoering te hebben gegeven aan de motie.

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

¹ Stb. 2008, 186.

² Kamerstukken II, 2007–2008, 31 200 XVI, nr. 154.