

Vergaderjaar 2013–2014

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 54

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 december 2013

Inleiding

Op 16 september 2013 heeft u het plan van aanpak fraude ontvangen, tevens de eerste voortgangsrapportage (Kamerstuk 28 828, nr. 50). Veel maatregelen uit het plan waren al in gang gezet, maar er zijn ook nieuwe voorstellen gepresenteerd. Het vraagt tijd om deze nieuwe initiatieven tot stevige resultaten te laten komen. In deze tweede voortgangsrapportage treft u de resultaten die kunnen worden gemeld. Gedeeltelijk gaat het om concrete afspraken die vorm geven aan de voornemens die in september zijn aangekondigd; gedeeltelijk zijn het nieuwe voorstellen.

Keten centraal

Fraude in de zorg is een serieuze zaak, die alleen effectief kan worden aangepakt als de gehele keten van preventie, controle, toezicht, opsporing en handhaving goed functioneert. Dat vraagt van VWS wettelijke kaders die zo min mogelijk ruimte bieden tot onrechtmatige declaraties. Het vraagt vooral van de veldpartijen dat zij hun verantwoordelijkheid nemen om een juiste declaratie in te dienen, een passende controle uit te voeren, efficiënt en effectief toezicht te houden en waar nodig bij vermoedens van zaken die onrechtmatig zijn, waaronder fraude doelgericht op te sporen en aan te pakken. Ook patiënten en cliënten hebben een rol: is de zorg die gedeclareerd wordt wel aan mij geleverd?

Geconstateerd kan worden dat de afgelopen periode in het veld een grote slag is geslagen: partijen erkennen – veel meer dan voorheen – dat zij hierin zelf een grote verantwoordelijkheid hebben en die nemen ze geleidelijk ook. Dat is cruciaal, maar verdere stappen zijn nodig. We zijn er nog lang niet. Het gevoel van urgentie is eerder groter dan kleiner geworden de afgelopen maanden. De alertheid op fouten is toegenomen, daarom worden fouten vaker gezien. En dat vraagt meer van alle partijen. Zij zullen daarop aangesproken blijven worden.

Voortgang plan van aanpak

Zoals hierboven aangegeven kost het tijd om voor alle onderdelen van het plan van aanpak resultaten te halen. De voortgangsrapportage zal ingaan op een aantal hoofdonderwerpen waar diverse resultaten te melden zijn:

- 1) Activiteiten van de NZa
- 2) Intensivering opsporingsfunctie voor de zorg
- 3) Wet- en regelgeving: fraudetoetsen en Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg
- 4) Curatieve zorg:
 - voortgangsrapportage Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces
- 5) AWBZ:
 - maatregelen zorg in natura
 - invoeren trekkingsrecht PGB

1. Activiteiten van de Nza.

De NZa heeft de afgelopen maanden een aantal rapporten opgeleverd over verschillende onderwerpen in het kader van fraude in de zorg¹. Het gaat hierbij om de tussenrapportage over de omvang van fraude en de witte vlekken in het systeem, een rapport over correct declareren in de extramurale AWBZ-zorg en het vervolgonderzoek naar aanleiding van de casus Europsyche. Hier volgt een korte toelichting op deze rapporten. De uitkomsten van de rapporten worden benut voor verdere uitwerking van maatregelen. Waar mogelijk wordt per deeltraject aangegeven wat er mee wordt gedaan.

Onderzoek zorgfraude, tussenrapportage

In alle markten die zijn onderzocht zijn risico's aanwezig. Zie het schema hieronder. Per sector zijn in dit onderzoek deze risico's meer specifiek in kaart gebracht. Voor de uitkomsten van de tussenrapportage verwijs ik u naar bijlage 3.a. De tussenrapportage betreft vooral het onderzoek naar witte vlekken in het systeem. In de eindrapportage zal het onderzoek naar de omvang van fraude worden gerapporteerd. De belangrijkste aanbevelingen in de tussenrapportage richten zich op vier thema's:

- beheers de toegang van zorgaanbieders tot financiering ten laste van de Zorgverzekeringswet en AWBZ, en maak het voor verzekeraars mogelijk om, in geval van twijfel, aanbieders uit te sluiten van vergoeding;
- maak materiële controle op declaraties door zorgverzekeraars door middel van een aselecte steekproef mogelijk, en stel die ook verplicht;
- richt het vergoedingensysteem uit de centrale kas naar verzekeraars en zorgkantoren zodanig in dat de business case voor controle en fraudepreventie ook echt loont;
- maak de regelgeving rond aanspraken en declaratietitels eenduidiger.

Er zijn in de tussenrapportage vier deelsectoren kwantitatief onderzocht: medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, huisartsenzorg en mondzorg. De voorlopige bevindingen op basis van deze vier deelonderzoeken laten zien dat er tussen de € 75 en € 85 mln aan onregelmatigheden is gevonden, het gaat om 1% van de gedeclareerde bedragen. Dat betekent enerzijds niet dat het om fraude gaat, anderzijds zullen in verdere analyse mogelijk meer onregelmatigheden naar voren komen. De overige vier kwantitatieve onderzoeken worden betrokken in de eindrapportage om zo een beeld te krijgen van de mogelijke omvang van fraude in de zorg.

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

De belangrijkste aanbevelingen uit de tussenrapportage zijn:

- breng fraude opsporing en controle snel op orde;
- maak een keuze: of controle op fraude of volledige bescherming privacy;
- zorg dat de verzekeraar niet gestraft wordt voor goede controles;
- maak het niet vergoeden van zorg mogelijk;
- verscherp de controle op nieuwe aanbieders;
- geef de consument meer inzicht in de zorgrekening;
- stel goede prestaties en duidelijke regels vast;

In het onderstaande schema heeft de NZa de belangrijkste risico's in kaart gebracht.

Categorie	Omschrijving
Spookzorg	Bij spookzorg is zorg die gedeclareerd is niet geleverd. Dit kan door fictieve patiënten op te voeren, of behandelingen te declareren die niet hebben plaatsgevonden bij bestaande patiënten. Het laatste scenario is het meest waarschijnlijk.
Onverzekerde zorg	Aanbieders kunnen onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren. Dit risico is er vooral in markten waar zorg onder bepaalde voorwaarden wel onder het basispakket valt, en onder bepaalde voorwaarden niet (mondzorg, fysiotherapie, medisch specialistische zorg). Deze vorm van fraude is in ieder geval voor de individuele patiënt winstgevend, die krijgt de zorg hierdoor vergoed. Ook voor de aanbieder kan er winst zijn als er een verschil in prijs zit tussen de verzekerde en de onverzekerde zorg. Deze vorm van fraude is vrijwel alleen op te sporen met materiële controles.
Declaratie-overtredingen	<p>Aanbieders kunnen de zorg die zij leveren <i>dubbel claimen</i>: bijvoorbeeld bij de patiënt en verzekeraar, twee keer bij dezelfde verzekeraar of bij twee verschillende verzekeraars. Eigenlijk zou dit soort overtredingen gemakkelijk in basiscontroles van verzekeraars zichtbaar moeten worden.</p> <p>Waar dezelfde soort zorg in verschillende bekostigingssystemen valt (bijvoorbeeld curatieve GGZ (Zvw) en langdurige GGZ (AWBZ)) kunnen aanbieders zorg declareren ten laste van beide systemen.</p> <p><i>Dubbele bekostiging</i> komt ook voor bij aanbieders met een vaste en een variabele component (bijvoorbeeld het consult van huisartsen en de M&I-verrichting chirurgie). Het risico is hier dat iets dat al in de behandeling zit via de toeslag nog een keer extra wordt gedeclareerd.</p> <p>Frauderen door <i>op te knippen</i> kan voorkomen als een bundel van zorgactiviteiten declareerbaar is, maar ook de activiteiten los van elkaar.</p> <p>Bij <i>upcoding</i> declareert een aanbieder een duurdere behandeling dan nodig. Verzekeraars kunnen dit vrijwel alleen met materiële controles boven water krijgen.</p>
Fraude tegen of om de patiënt	<p>Aanbieders kunnen de <i>patiënt ten onrechte laten bijbetalen</i> voor zorg die in de geleverde prestatie hoort. Een voorbeeld hiervan is het bijbetalen voor toilet papier in de AWBZ. Dit valt gewoon onder de AWBZ.</p> <p>De <i>U-bochtconstructie</i> is een combinatie van dubbel declareren en opknippen: iemand wil een spiraaltje, en krijgt van de specialist te horen dat zij die zelf moet kopen bij de ziekenhuis-apotheek. Het spiraaltje zelf zit echter al in de DBC. Zo ontvangt het ziekenhuis een dubbele vergoeding.</p>

Categorie	Omschrijving
	Een <i>verwijsvergoeding</i> is een manier om meer patiënten te krijgen, bijvoorbeeld: een ziekenhuis betaalt een verwijsvergoeding aan huisartsen. Patiënten worden niet direct gedupeerd, maar krijgen mogelijk niet de meest optimale zorg.
Ongepast gebruik	Aanbieders kunnen hun patiënten <i>meer zorg leveren dan noodzakelijk</i> , bijvoorbeeld meer zittingen fysiotherapie dan nodig. Ook <i>onderbehandelen</i> kan lucratief zijn: bijvoorbeeld minder uren zorg leveren dan afgesproken in de AWBZ.

In de aanpak van fraude door de veldpartijen is, zeker in de laatste periode, al een aantal zaken in gang gezet. Een aantal van de knelpunten in de geschetste fraudescenario's voor medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg en AWBZ zorg in natura en pgb uit de tussenrapportage van de NZa wordt daardoor al aangepakt door de partijen die het aangaat. De partijen in het traject Intensivering Keten-aanpak Correct Declaratieproces hebben aangegeven te onderzoeken of aanbevelingen uit dit onderzoek die betrekking hebben op hun rol in dit traject gezamenlijk kunnen worden opgepakt. Die worden dan in het werkprogramma voor 2014 meegenomen. In paragraaf 5 staat een aantal maatregelen rond zorg in natura en pgb dat aansluit bij aanbevelingen van de NZa over de AWBZ.

Uit het onderzoek komt naar voren dat er duidelijke risico's en witte vlekken aanwezig zijn in wet- en regelgeving. Deze kunnen een belemmering vormen voor de partijen in de keten om hun rol optimaal te vervullen. Daarom moeten de deze risico's en witte vlekken worden aangepakt. Dat gebeurt ook al door middel van de volgende (wets)voorstellen:

- verduidelijking van regelgeving en het wegnemen van belemmeringen in het medisch beroepsgeheim bij het uitvoeren van onderzoek bij ernstige vermoedens van fraude;
- Wet Langdurige Zorg die begin januari 2014 aan de Tweede Kamer wordt toegezonden;
- aanpassing van artikel 13 Zorgverzekeringswet;
- Verbetering Toezicht en Opsporing in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg.

Correct declareren in de extramurale AWBZ-zorg

De NZa heeft het initiatief genomen om Panteia/Research voor Beleid onderzoek te laten doen naar de (intentie tot) naleving van artikel 35 van de Wet marktordening gezondheidszorg bij aanbieders van extramurale AWBZ-zorg². Het betreft een onderzoek naar de beleving bij de zorgaanbieders. Het is conform artikel 35 een zorgaanbieder verboden een tarief in rekening te brengen:

- a. dat niet overeenkomt met het tarief dat voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- b. dat niet ligt binnen de tariefruimte die voor de betrokken prestatie is vastgesteld;
- c. voor een prestatie waarvoor geen prestatiebeschrijving is vastgesteld;
- d. voor een prestatie waarvoor een andere prestatiebeschrijving wordt gehanteerd dan is vastgesteld;
- e. anders dan op de wijze die overeenkomstig de Wet marktordening gezondheidszorg is vastgesteld.

In het onderzoek zijn aanbieders van extramurale AWBZ-zorg (thuiszorg) bevraagd over de (intentie tot) naleven van die regels. De onderzoekers

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

constateren dat er signalen zijn dat een deel van de aanbieders zich daar niet aan houdt. Voorbeelden van overtreding van die regels zijn het in rekening brengen van tarieven die niet overeenkomen met de prestatiebeschrijving of het in rekening brengen van tarieven voor prestaties waarvoor geen beschrijving is vastgesteld. Verschillende variabelen zijn van invloed op de intentie tot naleving van de regels:

- Hoe hoger de bekendheid met artikel 35, hoe hoger de intentie tot naleven.
- Hoe hoger de sociale norm van de eigen organisatie, hoe hoger de intentie tot naleven.
- Voor organisaties die ook intramurale zorg aanbieden is de intentie tot naleven kleiner dan voor organisaties die alleen extramurale zorg aanbieden.

Ondanks het feit dat dit onderzoek geen concrete feiten of bewijs van daadwerkelijk gepleegde fraude oplevert, onderstrepen de uitkomsten het belang van grondig onderzoek naar fraude in de zorg, zoals dat momenteel door de NZa wordt uitgevoerd. Daarnaast geven de resultaten de NZa handvatten bij het risicogericht invullen van haar opsporingstaken en bij het toezicht op de zorgkantoren. Het rapport is als bijlage 3.b toegevoegd aan deze brief.

Vervolgonderzoek naar de casus Europsyche

De NZa heeft, mede naar aanleiding van de casus Europsyche, een toezichtonderzoek binnen de tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg uitgevoerd. Op 20 maart 2013 heb ik u over de voortgang geïnformeerd³. Voor een uitgebreide toelichting over de uitgevoerde handhavingmaatregelen en de aanpassingen in de wet- en regelgeving verwijs ik u naar het rapport (zie bijlage 3.c). Hieronder volgt een beknopte reactie.

Het toezichtonderzoek van de NZa heeft geleid tot handhavingmaatregelen tegen een aantal zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg. De NZa heeft bij deze aanbieders diverse overtredingen van wet- en regelgeving geconstateerd, uiteenlopend van het declareren van niet geleverde prestaties tot het niet meewerken aan de administratieve controles van een zorgverzekeraar. Om vast te stellen of zorgverzekeraars hun rol goed hebben uitgevoerd voert de NZa gesprekken met vier zorgverzekeraars over de wijze waarop zij bij één van de onderzochte casussen hebben gecontroleerd en uitbetaald. De NZa kondigt aan de ingezette lijn in 2014 voort te zetten.

Ik ben tevreden met de aanpak van de NZa. Het is goed dat de NZa aan de ene kant overtredingen door zorgaanbieders aanpakt, en aan de andere kant verzekeraars in hun rol zet. Ik verwacht van zorgverzekeraars dat zij die rol uiterst serieus nemen.

Ik zal de aanbevelingen die de NZa in het rapport noemt met betrekking tot de verbetering van de controlebevoegdheden van verzekeraars ter harte nemen. Ten aanzien van de aanpassing van artikel 13 Zorgverzekeringswet kan worden gemeld dat de voorstellen reeds bij uw Kamer liggen.

2. Intensivering opsporingsfunctie voor de zorg

In het plan van aanpak fraude in de zorg zijn verschillende maatregelen aangekondigd. Zo is toegezegd dat wordt toegelicht hoe de verdeling van extra middelen voor toezicht en opsporing worden ingezet vanaf 2014. In 2014 gaat het om € 5 mln en vanaf 2015 om € 10 mln structureel. De verdeling van de middelen voor 2014 vindt als volgt plaats: de NZa krijgt

³ Kamerstuk 29 689, nr. 428.

€ 3,3 mln extra voor haar toezichtstaak, de ISZW ontvangt € 1,7 mln voor extra inzet voor opsporing.

Over de wijze waarop de middelen vanaf 2015 worden verdeeld, wordt u geïnformeerd in de VWS-begroting voor 2015.

De extra middelen voor opsporing worden gedeeltelijk ingezet om de taak van ISZW uit te breiden van opsporing van pgb-fraude naar opsporing van fraude in de hele zorgsector. Dit is een eerste stap in de versterking van de opsporingsfunctie voor de zorg. Voor de vervolgstappen met betrekking tot versterking van de opsporingsfunctie verwijs ik u naar de toelichting hieronder op de uit te voeren verkenning. De regeling die een taakverbreding van Inspectie SZW juridisch mogelijk moet maken wordt voor het eind van het jaar in de Staatscourant gepubliceerd, zodat deze per januari 2014 van kracht zal zijn.

In de verkenning naar de intensivering van de toezicht- opsporing- en handhavingfunctie worden drie alternatieve scenario's (businesscases) ontwikkeld voor inrichting van de keten met betrekking tot de toezicht, opsporing- en handhavingfunctie voor de zorg. Er wordt niet gestreefd naar een nieuwe opsporingsdienst voor de zorg. De afgelopen twee maanden is met de vier huidige organisaties die zich met toezicht, handhaving en opsporing in de zorg bezig houden (FIOD, IGZ, NZa, ISZW), OM en de departementen van Financiën, Veiligheid en Justitie en BZK een conceptopdracht opgesteld.

Belangrijke uitgangspunten voor de verkenning zijn:

- onderbouwen welke huidige opsporingstaken bij de bestaande vier opsporing- en handhavingorganisaties in de zorg gebundeld dienen te worden in één opsporingsfunctie voor de zorg;
- doelmatigheid: opsporing is essentieel onderdeel van de keten van preventie tot handhaving. Opsporing neemt geen taken over van andere ketenpartijen, maar heeft wel een rol in het signaleren van het niet optimaal functioneren van deze partijen;
- het onderbouwen van een optimale verhouding tussen (omvang van) de toezichts- en de opsporingfunctie om de keten zo doelmatig mogelijk te laten functioneren;
- directe aansturing door VWS met betrekking tot prioritering in het werkprogramma, in samenspraak met het OM. VWS zal samen met het OM en de opsporingsinstantie het handhavingarrangement opstellen. Deze driehoeksverhouding is ook gericht op het doorvertalen van knelpunten in maatregelen, waaronder wet- en regelgeving;
- oog voor de mogelijke relatie tussen fraude in de zorg en andere domeinen;
- internationale vergelijking: waar kunnen we voor de positionering en rol van de opsporingsfunctie voor de zorg leren van andere landen?

De opdracht is in december uitgezet. De verkenning is naar verwachting rond de zomer van 2014 gereed en het resultaat zal, vergezeld van een beleidsstandpunt, aan de Kamer worden gemeld in het kader van een volgende voortgangsrapportage in het najaar van 2014.

Voor een toelichting op de huidige praktijk van de opsporing en vervolging van ernstige fraudesignalen wordt verwezen naar de brief van 12 juni 2013⁴ van de Minister van Veiligheid en Justitie en antwoorden op schriftelijke vragen van Uw Kamer in de brief 25 oktober 2013⁵. In aanvulling hier op is het volgende te melden. Sinds juni 2013 is er in het tripartiete overleg tussen OM, FIOD en NZa door het Functioneel Parket één fraudesignaal voor strafrechtelijk onderzoek door de FIOD geaccep-

⁴ Kamerstuk 28 828, nr. 48.

⁵ Kamerstuk 28 828, nr. 52.

teerd, waarbij het gaat om een vermoeden van declaratiefraude. Momenteel heeft de FIOD vijf andere signalen in voorbereiding.

3. Wet- en regelgeving.

In bijlage 1 van deze voortgangsrapportage⁶ treft u een toelichting van het instrumentarium en de bevoegdheden van de NZa in haar toezichtrol⁷. Uw Kamer heeft over de voorstellen voor het verduidelijken regels ten aanzien van het medisch beroepsgeheim en het opheffen van belemmeringen rond het medisch beroepsgeheim bij onderzoek naar ernstige vermoedens van fraude in september 2013 een brief ontvangen⁸. In deze paragraaf wordt ingegaan op de fraudetoets voor nieuwe wet- en regelgeving en nieuwe bekostigingssystematiek en tevens op de rol van de Wet beroepen individuele gezondheidszorg bij de aanpak van frauderende beroepsbeoefenaren.

Fraudetoets voor nieuwe wet- en regelgeving en nieuwe bekostigingssystemen.

Voor de Wet Langdurige Zorg (voorheen Wet Langdurige Intensieve Zorg) is een fraudetoets uitgevoerd die heeft geleid tot verbetervoorstellen voor het wetsvoorstel Langdurige Zorg, dat naar verwachting begin januari 2014 aan de Tweede Kamer wordt aangeboden⁹.

Algemeen format fraudetoets

Het algemene format voor een fraudetoets voor nieuwe wet- en regelgeving van VWS is inmiddels gereed. De fraudetoets kent verschillende fasen. De opstellers van ontwerp regelgeving (wetsvoorstellen en lagere regelgeving) doorlopen eerst zelf de fraudetoets volgens een aantal vaste stappen. Daarna wordt bepaald bij welke externe partijen de fraudetoets vervolgens wordt uitgezet. De input van de externe partijen wordt door de opstellers van de ontwerpregelgeving geanalyseerd en leidt waar nodig tot aanpassingen in de ontwerpregelgeving. De uitkomsten van de externe fraudetoets worden op hoofdlijnen opgenomen in de toelichting bij de desbetreffende ontwerpregelgeving.

Voor substantiële wijzigingen van bekostigingssystemen geldt dat de fraudetoets onderdeel uitmaakt van de uitvoeringstoets die wordt uitgezet bij de NZa. De uitvoeringstoets van de NZa wordt vervolgens voorzien van een beleidsreactie aangeboden aan de Tweede Kamer. Dit geldt voor de nieuwe bekostigingssystemen voor huisartsenzorg, wijkverpleegkundige zorg en generalistische basis geestelijke gezondheidszorg.

Fraudetoets generalistische basis geestelijke gezondheidszorg

De eerste fraudetoets voor nieuwe bekostigingssystematiek is uitgevoerd voor de generalistische basis geestelijke gezondheidszorg. In het rapport «Risico's voor ongepast en oneigenlijk gebruik Generalistische Basis GGZ»¹⁰ geeft de NZa aan dat het nieuwe systeem van de basis geestelijke gezondheidszorg een verbetering is ten opzichte van het bestaande systeem. Door de invoering van een verwijfmodel, zorgvraagzwaarte prestaties en meer controlemogelijkheden voor de zorgverzekeraar zijn de risico's op ongepast en oneigenlijk gebruik kleiner geworden. De NZa ziet echter op een aantal punten risico's in het nieuwe systeem. Sommigen

⁶ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

⁷ Kamerstuk 33 750 – XVI, nr. 26.

⁸ Kamerstuk 33 750 – XVI, nr. 8.

⁹ Kamerstuk 28 828, nr. 32. Bergkamp.

¹⁰ Bijlage 4 bij voortgangsrapportage aanpak fraude in de zorg.

gelden specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg of zijn inherent aan het bekostingssysteem. Sommige risico's zijn ook van toepassing op andere sectoren in het stelsel van de Zorgverzekeringswet. In bijlage 4 treft u deze fraudetoets aan¹¹. Ik licht u enkele hoofdpunten toe.

Helderheid en controleerbaarheid van regelgeving is – volgens de NZa – essentieel om fraude adequaat te kunnen aantonen. Voor de generalistische basis geestelijke gezondheidszorg hebben de belangrijkste risico's te maken met de volgende drie punten:

1) De controlemogelijkheden op declaratie

De NZa geeft aan dat de controlemogelijkheden in de basis geestelijke gezondheidszorg, door het ontbreken van een onderscheid tussen stoornissen en klachten, beperkt zijn. Het onderscheid tussen klachten en stoornissen is in de geestelijke gezondheidszorg inderdaad moeilijk te maken. In principe wordt gewerkt met de DSM IV, het internationale classificatiesysteem van de geestelijke gezondheidszorg. Op basis daarvan kan worden bepaald of een patiënt een stoornis heeft of niet. De aanspraak van de zorg is ook gebaseerd op deze DSM-IV classificatie. Dit geldt ook voor generalistische basis geestelijke gezondheidszorg.

2) De pakketafbakening

De NZa stelt dat het niet afbakenen in het pakket tussen de generalistische basis geestelijke gezondheidszorg en gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg kan leiden tot ongepast gebruik van zorg. Het is belangrijk om dit signaal te krijgen en daarop bij de monitoring ook extra alert te zijn. Voor het veld is het vooral van belang te weten welke tarieven er gedeclareerd mogen worden bij welke zorgzwaartevraag van de patiënt. Daartoe zijn de vijf objectieve criteria ontwikkeld. Die criteria zijn geborgd in de bekostigingsregels.

3) De criteria indicatiestelling binnen de generalistische basis geestelijke gezondheidszorg.

De NZa geeft aan dat de criteria voor indicatiestelling nog verder verfijnd mogen worden. Ik ben het daarmee eens. Ik heb u toegezegd de ontwikkeling van de basis geestelijke gezondheidszorg te gaan monitoren. Eén van de vragen die ik daarbij uitzet is of er voor verzekeraars voldoende informatie is om de inkoopfunctie goed te kunnen vormgeven. Halverwege 2014 is de eerste tussenrapportage van de monitor gereed. Ik zal de adviezen die de NZa in het rapport noemt, waaronder het verbeteren van het verwijfmodel, het doorontwikkelen van de objectieve criteria en het vergroten van de kosten bewustzijn van de patiënt ter harte nemen.

Rol van de Wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg wanneer sprake is van frauderende beroepsbeoefenaren

Ook de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg kan bijdragen aan de bestrijding van zorgfraude¹². In het kader van de evaluatie van deze wet is onderzocht of onder bepaalde voorwaarden eerder aan frauderende beroepsbeoefenaren een beroepsverbod kan worden opgelegd. In het evaluatierapport van de Wet BIG¹³ wordt gesignaleerd dat er tot nu toe een weinig actief tuchtrechtelijk handhavingsbeleid wordt gevoerd ten aanzien van zorgfraude. Daardoor is in het tuchtrecht nog geen maatstaf ontwikkeld ten aanzien van fraude. De onderzoekers concluderen dat het redelijk lijkt om te veronderstellen dat

¹¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

¹² Kamerstuk 28 828 nr. 38.

¹³ Kamerstuk 29 282, nr. 12.

voor de tuchtrechter een incidentele declaratiefout aanleiding zal geven voor een lichte maatregel, zoals een berisping, en stelselmatige oplichting van de zorgverzekeraar tot de zwaarste maatregel, namelijk doorhaling van de inschrijving in het Bigregister. Uit de evaluatie komt naar voren dat het instrument van het tuchtrecht meer aandacht verdient in een integrale aanpak van fraude door beroepsbeoefenaren in de zorg.

Ik heb in eerder overleg met uw Kamer aangegeven dat, naast gedupeerde patiënten, betrokken zorgverzekeraars bevoegd zijn om bij fraude een tuchtklacht in te dienen. Ik roep hen nogmaals op om van deze mogelijkheid gebruik te maken. De IGZ zal bij vermoedens van fraude de daarvoor verantwoordelijke toezichthouders en opsporingsdiensten informeren, zodat zij adequaat kunnen ingrijpen. De IGZ neemt (vermoedens van) fraude mee in haar onderzoek naar de kwaliteit van de geleverde zorg en kan in voorkomende gevallen aspecten van fraude meenemen bij het indienen van tuchtklachten. Dit zal met name gebeuren indien de fraude is geconstateerd naast enig handelen dan wel nalaten in strijd met de zorg die een BIG-geregistreerde in die hoedanigheid behoort te betrachten.

4. Maatregelen in de curatieve zorg

Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces

Als bijlage bij het plan van aanpak fraude in de zorg is het traject Intensivering Ketenaanpak Correct Declareren (IKCD) toegelicht. U treft in bijlage 5 een voortgangsrapportage aan¹⁴. Belangrijkste conclusie: de betrokken veldpartijen (NVZ, ZN, CVZ, NFU, NZa, ZKN, OMS) nemen actief hun verantwoordelijkheid in de aanpak van onjuiste declaraties. Op twee punten ga ik nader in: adviesbureaus en upcoding en prikkels voor gepaste zorg en correct declareren (bonus-malus).

Adviesbureaus en upcoding

Zowel de NVZ als de NFU willen elke twijfel over de rechtmatige inzet van ondersteunende bureaus bij ziekenhuizen wegnemen. Voor het op orde brengen en houden van de interne organisatie- en registratie van ziekenhuizen is de expertise van deze bureaus noodzakelijk. Het is belangrijk de afspraak tussen ziekenhuis en bureau zo vorm te geven dat upcoding of andere onrechtmatige ontwikkelingen via het interne declaratieproces binnen een ziekenhuis niet mogelijk zijn. Door NVZ, NFU en VWS zijn mogelijkheden in kaart gebracht. Dit heeft geleid tot de volgende acties:

- Vanuit de NFU en NVZ zullen aan instellingen aandachtspunten, indien mogelijk met een handleiding, meegeven worden voor het aangaan van contracten met bureaus met het doel alleen afspraken te maken over prestaties die voldoen aan wet- en regelgeving.
- Ziekenhuizen nemen in contracten met adviesbureaus op dat in alle vertalingen van regelgeving in software, ondersteuning en adviezen een juiste toepassing van de wet- en regelgeving het uitgangspunt dient te zijn. Op dit punt worden door ziekenhuizen ook specifieke sanctiemogelijkheden benoemd.
- Ziekenhuizen toetsen vooraf, eventueel gezamenlijk, nieuwe of aangepaste software op het punt van wet- en regelgeving.
- Veelal worden de diensten van één adviesbureau door meerdere ziekenhuizen afgenomen. Deze ziekenhuizen verkennen de meerwaarde ervan om zich te verenigen in een gebruikersgroep met het doel kennis en ervaring te delen, gezamenlijke oplossingen voor

¹⁴ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

gesignaleerde knelpunten te ontwikkelen en het gezamenlijk signaleren van niet via software op te lossen knelpunten.

- Bij door meerdere ziekenhuizen ervaren onduidelijkheden van wet- en regelgeving zullen de ziekenhuizen uitsluitend zoeken door:
 - als eerste de onduidelijkheden gezamenlijk te bespreken;
 - vervolgens in overleg met zorgverzekeraar en/of NZa te gaan;
 - tot slot via de reguliere route (in het technisch overleg van NZa).
- Ziekenhuizen kunnen zich laten certificeren. Certificering dient op te leveren dat alle partijen het er over eens zijn dat een gecertificeerde instelling aan zodanige kwaliteitseisen met betrekking tot het declaratieproces voldoet dat de declaraties op orde zijn.
- Ziekenhuizen maken gebruik van de diensten van meerdere adviesbureaus. Het is niet vanzelfsprekend dat de afzonderlijke componenten, die verschillende leveranciers leveren aan één ziekenhuis, goed op elkaar aansluiten. Ziekenhuizen stellen eisen aan (alle) afzonderlijke bureaus waar zij binnen hun organisatie gebruik van maken, die erop gericht zijn een eenduidige aanpak (onder andere wat betreft terminologie, taal) van de interne organisatie en -registratie binnen het ziekenhuis te realiseren.
- Er heerst veel onduidelijkheid in de media en de politiek over wat de rol en taken zijn van adviesbureaus. De betrokken partijen onderzoeken de komende tijd wat de mogelijkheden zijn om hier meer inzicht in te geven, bijvoorbeeld door op locatie te laten zien hoe het declaratieproces er uit ziet wat betreft techniek, stappen in het proces en de betrokken mensen.

In het werkprogramma 2014 worden deze acties verder uitgewerkt en gerealiseerd.

Prikkels voor gepaste zorg en correct declareren

Zorgverzekeraars zijn gestart met het programma «zinnige zorg, zuivere rekening». Onderdeel van dit programma is het onderzoeken van prikkels die een positief effect kunnen hebben op zorgaanbieders om alleen gepaste zorg te leveren en deze vervolgens correct te declareren. Zorgverzekeraars inventariseren, in afstemming met zorgaanbieders, welke prikkels er bestaan en of er nog prikkels ontwikkeld kunnen worden. Voorbeelden van prikkels kunnen zijn het opnemen van stimuleringsafspraken in inkoopcontracten, extra bevoorschotting of sneller nota's betalen.

Risicoanalyse geestelijke gezondheidszorg en medisch specialistische zorg

Er zijn verkenningen uitgevoerd naar de vraag welke risicogedragingen zich kunnen voordoen in de medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Als eerste stap is in verschillende sessies met ervaringsdeskundigen uit toezicht- en opsporingsinstanties, individuele verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland verkend welke gedragingen zich kunnen voordoen die een risico op fraude in zich dragen. De sessies voor de medisch specialistische zorg hebben twee gedragingen opgeleverd die nader verkend zijn:

- niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringwet;
- het openen van meerdere DBC's voor één zorgvraag door verschillende specialismen, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling.

Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn de volgende gedragingen nader verkend:

- niet-verzekerde zorg declareren ten laste van de Zorgverzekeringwet;
- meer zorg declareren feitelijk is geleverd;

- langer behandelen dan medisch noodzakelijk is met als doel meer te kunnen declareren;
- Fraude met AGB codes.

De uitkomsten van de verkenningssessies naar de bovenstaande risicovolle gedragingen bieden vertrouwen dat de activiteiten in de aanpak van fraude en oneigenlijk gebruik in de curatieve zorg de juiste zijn. Er worden richtlijnen ontwikkeld waarin ingegaan wordt op de effectiviteit en de kosten van zorg, daarover zijn in bestuurlijke akkoorden door de partijen belangrijke afspraken gemaakt. In de geestelijke gezondheidszorg wordt een kwaliteitsprogramma uitgevoerd voor de ontwikkeling van behandelrichtlijnen en bijbehorende instrumenten, zoals zorgpaden, zorgstandaarden, ROM-vragenlijsten en kwaliteitsindicatoren. Binnen de medisch specialistische zorg worden bestaande richtlijnen en protocollen systematisch doorgelicht, dit leidt tot een aanscherping van en verheldering over wanneer zorg nuttig en noodzakelijk is en hoe deze zorg op gepaste wijze dient te worden verleend.

Samen met NZa en CVZ wordt bezien hoe meer en actievere voorlichting over organisatie, regelgeving en rolverdeling in de zorg gegeven kan worden. Daarmee moeten behandelaars, verzekeraars en patiënten meer inzicht krijgen in wat juist declaratiegedrag inhoudt. Ook in de opleidingen van de beroepsbeoefenaren zal meer aandacht moeten komen voor correct declareren. Tevens wil ik, met name in de geestelijke gezondheidszorg, nagaan of er bij de toelating van zorgaanbieders meer rekening gehouden kan worden met in het verleden vertoond gedrag.

De uitkomsten van de risicoanalyses worden meegenomen in gesprekken met veldpartijen over het voorkómen van onjuist declaraties en fraude. Verder zijn de uitkomsten aan de NZa aangeboden als input voor de (tweede fase) van haar onderzoek naar de omvang van fraude en witte vlekken in het systeem.

Bewustwording

Voor preventie van fraude is kostenbewustzijn een belangrijke voorwaarde. Over kostenbewustzijn van patiënten en inzicht in de zorgnota heb ik u eerder geïnformeerd¹⁵. In 2014 zijn de eerste resultaten op de zorgnota zichtbaar voor verzekerden die medisch specialistische zorg en/of geestelijke gezondheidszorg hebben ontvangen. Het is van belang de patiënt meer in te schakelen bij de controle van de factuur. Enkele zorgverzekeraars hebben hier al initiatieven voor ontwikkeld («mijn» omgeving van de verzekerde op hun website).

Over de verbetering van kostenbewustzijn bij ziekenhuizen worden in de voortgangsrapportage Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces (bijlage5) te ontwikkelen maatregelen nader toegelicht. De ziekenhuissector begint zorgt steeds meer voor een goede administratieve organisatie en ontwikkelt gedragscodes op het gebied van correct declareren. Beiden dragen bij aan betere (interne) controlemogelijkheden.

Ook voor professionals wordt de verantwoordelijkheid van de beroepsgroep voor het kostenbewustzijn en het bestrijden van fraude meer benadrukt. De opleidingen verdienen hierbij extra aandacht¹⁶. Daarom zijn, binnen het brede kader van de agendering van het thema «betaalbaarheid van de zorg,» gesprekken gevoerd met de zorgopleidingen over de rol van de zorgopleidingen bij kostenbewustzijn in de zorg. Deze gesprekken zijn gevoerd met zowel het HBO (sectoraal adviescollege hoger

¹⁵ Kamerstuk 28 828, nr. 53.

¹⁶ Kamerstuk 28 828, nr. 28.

gezondheidszorgonderwijs) als het WO (opleidingsdirecteuren geneeskunde). Bovendien is het thema aangekaart in overleg met onder andere de KNMG. In de opleiding tot medisch specialist wordt het thema bekostiging van de zorg inmiddels geïmplementeerd in de zogenaamde CanMeds competenties. Dit zijn competenties met een algemeen karakter in de zorgopleidingen waarvan bekostiging van de zorg een onderdeel is.

5. Maatregelen in de langdurige zorg

Aanscherpen indicatiestelling risicogroepen

Op 2 oktober 2013¹⁷ heb ik u geïnformeerd over de uitkomsten van het onderzoek naar de omvang van upcoding bij gemandateerde instellingen. In de brief is ook een aantal maatregelen aangekondigd. Het Centrum voor Indicatiestelling Zorg heeft laten weten dat alle aangekondigde maatregelen uiterlijk per 1 januari 2014 zijn geïmplementeerd.

- Per instelling wordt een hoger percentage van de indicaties dan voorheen door het CIZ opnieuw getoetst. Afhankelijk van het resultaat wordt de keer daarop een groter of kleiner percentage van de indicaties door het CIZ getoetst (tussen de 10% voor goed presterende instellingen en 50% voor slecht presterende instellingen).
- Daarnaast scherpt het CIZ de werkwijze voor toetsing aan. Het CIZ zal, indien dit nodig is om een goede objectieve beoordeling te maken, bij de toetsing meer informatie opvragen bij zorgaanvragers, cliënten en behandelende specialisten of huisartsen. Ook vindt, indien nodig, aanvullend een huisbezoek of spreekuurcontact plaats.
- Uiterlijk op 1 januari 2014 voert het CIZ een structurele, steekproefsgewijze controle uit van naleving van het contract. Het akkoord op een aanvraag wordt gecontroleerd en of de handtekening van de cliënt of zijn/haar wettelijk vertegenwoordiger voor de aanvraag is gezet.
- Tot slot worden met ingang van 1 januari 2014 de eerste maatregelen getroffen naar aanleiding van de resultaten van afgelopen jaar. Bij zorgaanvragers die zes maanden of langer een onvoldoende resultaat hebben laten zien bij de toetsing (<80% correctie indicaties) en waarbij er geen verbetering zichtbaar is, worden de mandaatrechten ingetrokken.

Het interventiebeleid met betrekking tot gemandateerde indicatiestelling wordt aangescherpt. Momenteel zijn iets meer dan 50 instellingen in beeld waarbij per 1 januari 2014 de mandaatrechten voor herindicatie via taakmandaat en de indicatiemelding worden ingetrokken.

Inzicht in de indicatie

Over de maatregelen die ervoor zorgen dat iedere zorggebruiker goed geïnformeerd is over welke indicatie ten grondslag ligt aan de ontvangen zorg¹⁸, kan het volgende worden gemeld:

- Bij elke aanvraag voor een indicatie, ingediend door een zorgaanvrager namens de cliënt, wordt expliciet gemeld dat de cliënt toestemming moet verlenen voor het indienen van deze aanvraag bij het CIZ.
- Vervolgens krijgt elke cliënt van het CIZ een indicatiebesluit toegestuurd. Dit gebeurt altijd. Dus niet alleen na de eerste indicatie, maar ook bij een herindicatie. Hierdoor is een cliënt (of zijn vertegenwoordiger) in principe altijd op de hoogte van de actuele indicatie.

De verscherpte controle op verleende toestemming wordt in de standaard werkwijze opgenomen met ingang van uiterlijk 1 januari 2014. Vanaf 2015 zal het niet meer mogelijk zijn om een (her)indicatie aan te vragen zonder expliciete toestemming van de cliënt (of zijn/haar vertegenwoor-

¹⁷ Kamerstuk 28 828, nr. 51.

¹⁸ Kamerstuk 28 828, nr. 44.

diger). Vanaf dat moment zullen alle indicatiestellingen via het CIZ dienen te lopen. Gemandateerd indiceren komt dan te vervallen.

Over de voortgang van het plan van aanpak pgb fraude (december 2012) kan ik¹⁹ u volgende melden:

Voorkomen van fraude en opsporen fraudeurs

Het Centrum Indicatiestelling Zorg nodigt nieuwe cliënten die een pgb aanvragen voor de indicatiestelling uit voor een face-to-facegesprek. Het zorgkantoor heeft ook een gesprek met nieuwe cliënten voordat er besloten wordt om een pgb toe te kennen. Dit vergroot het inzicht in of sprake is van een passende indicatie en verkleint de mogelijkheden voor frauderende bureaus. Het beeld is dat ca 10% van de cliënten door de uitnodiging voor een gesprek afziet van het aanvragen van een indicatie. Cliënten met een eerste indicatie die een voorkeur hebben voor een pgb worden vervolgens door het zorgkantoor uitgenodigd voor een zogenaamd bewust-keuze gesprek. Voor 10 tot 20% van deze mensen blijkt dat ze afziet van zorg. Per november 2013 zijn 5680 bewust-keuze gesprekken gevoerd. Voor 5201 mensen is pgb toegekend, in 476 gevallen niet. Vaak is dan gekozen voor zorg in natura.

Om fraude zo breed mogelijk op te sporen en kwetsbare cliënten te beschermen tegen fraudeurs, leggen de zorgkantoren inmiddels bij ruim 20 procent van «hun» budgethouders een huisbezoek af (3200 huisbezoeken in 2013). Hieruit komt het beeld naar voren dat in ongeveer 4 procent van de huisbezoeken sprake is van vermoedens van fraude. Bij de huisbezoeken worden verder veelal administratieve onvolkomenheden geconstateerd. De zorgkantoren geven aan de budgethouders te ondersteunen bij het corrigeren daarvan. Ook is sprake van onbedoeld inkopen van niet-AWBZ zorg, kennelijk onjuiste declaraties en achterblijvende kwaliteit van zorg.

De nieuwe eenheid voor opsporing van pgb-fraude bij de ISZW heeft de eerste zaken onder handen. De ISZW heeft VWS inmiddels een eerste schriftelijke rapportage toegezonden. Daaruit blijkt welke mogelijkheden er zijn om de pgb-regeling meer fraudebestendig te maken en de mogelijkheden om fraudeurs op te sporen. Deze rapportage betreft onder meer de werkwijze van bemiddelingsbureaus, de zorgkantoren, de budgethouders en de noodzaak van zorgvuldigheid bij onderzoek. Tussen de ISZW, het CVZ en VWS vindt nu overleg plaats over de mogelijkheden voor het fraudebestendig maken van de pgb regeling. Er wordt vooral gekeken naar verbetering van het verantwoordingsformulier, dat door een andere opzet meer aangrijpingspunten zou kunnen bieden om fraude aan te tonen. Invoering van trekkingsrechten zal hierbij een belangrijke rol spelen. Een ander belangrijk leereffect is dat het pgb nu soms wordt toegekend aan mensen die te weinig eigen regie hebben. Ook op dit punt zal de pgb regeling voor 2014 worden aangepast. Het CVZ heeft over de mogelijkheden voor aanpassing van de regeling een advies aan VWS uitgebracht. Hiermee wordt ook inhoud gegeven aan het voornemen om de weigeringsgronden in de pgb regeling uit te breiden.

Vanaf 2014 invoering van trekkingsrechten persoonsgebonden budget

Bij trekkingsrechten krijgt de budgethouder zeggenschap over het eigen pgb, maar worden betalingen gedaan door de Sociale Verzekeringsbank (met ingang van 2015). Dit maakt het pgb minder aantrekkelijk voor fraudeurs. Voor het toekennen van pgb's en het tegengaan van fraude zijn zorgkantoren en gemeenten samen verantwoordelijk.

¹⁹ Staatssecretaris van VWS.

De Sociale Verzekeringsbank heeft op verzoek van VWS een roadmap uitgewerkt voor de invoering van trekkingsrechten. In de regelgeving wordt de volgende verantwoordelijkheidsverdeling opgenomen: als uitvoerder van de trekkingsrechten is de SVB verantwoordelijk voor het voorbereiden en doen van de betalingen. De zorgkantoren – en later de gemeenten – zijn verantwoordelijk voor het toetsen op rechtmatigheid. In november van dit jaar is gestart met een pilot met trekkingsrechten. Hierover zijn afspraken gemaakt met de zorgkantoren van Zorg en Zekerheid, DSW en Salland. Ook de gemeente Haarlemmermeer is aangesloten bij de pilot. Daar hebben zich nu al 370 budgethouders bij aangesloten. Per Saldo vormt met budgethouders een panel om de gebruiksvriendelijkheid van de trekkingsrechten te borgen. Er loopt ook een pilot voor gemeenten waar 20 gemeenten aan deelnemen. Volgens planning is het totale ontwerp voor het systeem van trekkingsrechten in december 2013 klaar. Voorzien is dat gedurende 2014 de cliënten instromen in het systeem van trekkingsrechten.

7. Slot

Fraude is onacceptabel en moet hard aangepakt worden. Daarom worden toezicht, handhaving en opsporing versterkt en zorgverzekeraars, zorgkantoren en het Centrum Indicatiestelling Zorg er op aangesproken hun controles goed uit te voeren. Aanbieders zijn verantwoordelijk voor het indienen van correcte declaraties en het leveren van gepaste zorg en daarvoor wordt van ze gevraagd hun interne controle op orde te brengen of te houden.

Naast fraude worden ook fouten en vergissingen gemaakt. Onterechte vergoedingen worden teruggevorderd en er wordt gekeken wat er gedaan kan worden om herhaling te voorkomen. Om fouten en vergissingen, maar natuurlijk ook fraude, te voorkomen wordt sterk geïnvesteerd in de voorkant van de keten door het nemen van preventieve maatregelen:

- bewustwording van patiënten en cliënten door ze beter te informeren over de zorg die ze krijgen en de kosten daarvan;
- bewustwording van beroepsbeoefenaren en zorgaanbieders;
- screening door zorgverzekeraars van nieuwe aanbieders;
- risicogericht toezicht door de Inspectie Gezondheidszorg.

En ook het op orde brengen van de interne organisatie en registratie van aanbieders heeft veel aandacht, zodat deze zo min mogelijk gelegenheid biedt tot fouten en fraude.

Alle activiteiten van zowel VWS als de veldpartijen zijn er op gericht om fraude te voorkomen, terug te dringen en aan te pakken en vanuit de eigen verantwoordelijkheid te zorgen dat sprake is van rechtmatige zorg en correcte declaraties. Door ketensamenwerking kunnen de ketenpartners elkaar er op aan spreken dat de randvoorwaarden hiervoor ook worden geschapen.

In een volgende voortgangsrapportage in het najaar van 2014 wordt u in ieder geval geïnformeerd over de eindrapportage van het onderzoek van de NZa naar de omvang van fraude en witte vlekken en de resultaten van de verkenning voor de vormgeving en positionering van de opsporingsfunctie voor de zorg.

Op 15 november 2013 is de VSO aanpak fraude in de zorg ontvangen. Omwille van zorgvuldigheid wordt deze apart beantwoordt. U ontvangt de reactie in januari 2014.

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

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