

Vergaderjaar 2012–2013

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 50

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 16 september 2013

Inleiding

Fraude is niet acceptabel

Fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg zijn niet acceptabel en dienen hard aangepakt te worden. Beide tasten de betaalbaarheid van ons zorgstelsel aan en bedreigen de solidariteit. Wij zien de bestrijding van fraude en de aanpak van oneigenlijk gebruik van zorg als een prioriteit in ons beleid. Zowel op het gebied van de langdurige zorg, de maatschappelijke ondersteuning als de curatieve zorg zijn en worden veel acties in gang gezet om fraude en oneigenlijk gebruik terug te dringen of te voorkomen. De maatregelen die genomen zijn, en nog genomen zullen worden, zijn gericht op het voorkomen alsmede het opsporen en bestrijden van fraude en oneigenlijk gebruik, zodat de financiële middelen die voor de zorg bestemd zijn ook komen waar ze horen, namelijk bij de zorg voor de patiënt of cliënt die deze zorg nodig heeft. Dit vergt een sluitende keten waarbij de samenhang tussen preventie, toezicht, opsporing en strafrechtelijke vervolging geborgd is door een intensieve samenwerking tussen alle betrokken partijen. Een intensivering van de opsporing alleen zal onvoldoende bijdragen aan een effectieve bestrijding van oneigenlijk gebruik en fraude in de zorg.

Partijen zijn verantwoordelijk

Het huidige stelsel van de zorg is erop gericht dat partijen zelf hun verantwoordelijkheid nemen. De wet- en regelgeving, zoals de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) en de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) voorzien in algemene kaders die de partijen in het veld verder invullen. De zorg is continu in verandering. De gewenste veranderingen in de zorgsector vergen voortdurende aandacht en inspanningen van alle partijen. In de zorgsector gaat veel geld om en er

zijn veel indirecte betalingen door de verzekeringsconstructie. Waar veel geld is en veel indirect wordt gefinancierd, zijn ook mensen die daarvan oneigenlijk willen profiteren. Daarom willen wij een forse extra inzet tegen fraude en oneigenlijk gebruik.

Regie VWS

Inmiddels is steeds zichtbaarder dat het om een probleem gaat waarvan de exacte omvang onbekend is maar waar vermoedens bestaan dat het van een substantiële omvang kan zijn. Door de voortdurende stijging van de zorgkosten wordt intussen kritischer gekeken naar hoe effectief en doelmatig de middelen voor de zorg worden ingezet. Daarom heeft VWS de regierol op zich genomen. Dit komt onder andere tot uitdrukking in de Taskforce Integriteit Zorgsector en de Stuurgroep Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces.

De Taskforce Integriteit Zorgsector¹ is een samenwerking tussen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Inspectie SZW (I-SZW), de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ), Belastingdienst, Het Openbaar Ministerie (OM), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en VWS en heeft in een convenant in februari 2013 vastgelegd de samenwerking op het terrein van zorgfraudebestrijding te gaan versterken. Er zal onder de verantwoordelijkheid van deze Taskforce een projectorganisatie worden opgericht die de hiervoor genoemde ketenbrede aanpak van het oneigenlijk gebruik en fraude in de zorgsector risicogericht verder gaat ontwikkelen. Aan deze projectorganisatie zullen (ook) vertegenwoordigers van onder andere de NZa, de I-SZW, de FIOD en het OM deelnemen. Hierdoor is de inbreng van de noodzakelijke expertise op het terrein van toezicht, opsporing en strafrechtelijke vervolging geborgd.

De Stuurgroep Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces² (IKCD) vloeit voort uit het project PlnCet. 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. In het conceptrapport van het project PlnCet zijn zes aandachtsgebieden geformuleerd. De genoemde Stuurgroep heeft de uitwerking van deze aandachtsgebieden ter hand genomen. De samenwerking tussen de leden van deze Stuurgroep heeft recentelijk geresulteerd in een gezamenlijk plan van aanpak. Bij de verdere uitwerking van dit plan van aanpak zal deze samenwerking verder worden vormgegeven.

Deze brief en bijlage³ vormen de eerste voortgangsrapportage over de aanpak van fraude in de zorg⁴. Daarnaast heeft u op verschillende onderwerpen, die gedeeltelijk ook raken aan de aanpak van fraude, separate brieven en rapportages ontvangen of zullen die u de komende maanden worden toegezonden. De tweede voortgangsrapportage volgt aan het eind van dit jaar.

1. Intensivering van de opsporing in de zorg

In de hele keten van zorg: patiënt/cliënt, zorgaanbieder, zorgverzekeraar en toezichthouder, wordt actief geïnvesteerd. Aan de voorkant zijn maatregelen gericht op het voorkomen van oneigenlijk gebruik en fraude.

¹ Bijlage 1 Stand van zaken september beleidsagenda Taskforce Integriteit Zorgsector, Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

² Bijlage 2 Plan van aanpak ketenaanpak intensivering correct declaratieproces, ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

³ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

⁴ Motie van de leden van Dijk en Bruins Slot (Kamerstuk 28 828, nr. 40).

Daarbij is eenduidige regelgeving van cruciaal belang. Immers, naarmate wet- en regelgeving complexer wordt neemt het risico op oneigenlijk gebruik en fraude toe. Andere aspecten zijn een grotere bewustwording van de noodzaak van de juiste toepassing van wet- en regelgeving en het op orde brengen en houden van de interne registratie- en declaratiesystemen van aanbieder. Aan de achterkant is een intensivering van controle en toezicht noodzakelijk.

Als er dan toch mensen of organisaties zijn die in de fout gaan moet er ook daadkrachtig kunnen worden opgetreden. Dit vergt een intensivering van de opsporing van fraude in de zorg. De ervaring bij de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst leert dat dit ook loont.

In de zorgsector is er van oudsher niet voor gekozen om een bijzondere opsporingsdienst in te richten, zoals dat in andere overheidsdomeinen wel is gebeurd. Opsporingsonderzoeken in de zorg vinden plaats door de FIOD en sinds 2012 ook door de Inspectie SZW (I-SZW, voorheen SIOD) op het terrein van PGB fraude. Gelet op de omvang, complexiteit en verandersnelheid van de zorgsector zijn we van mening dat het onderdeel opsporing in de keten van preventie, toezicht, opsporing en strafrechtelijke vervolging versterkt dient te worden. Wij zullen de komende tijd samen met de Ministers van Financiën, Sociale Zaken en Werkgelegenheid alsmede Veiligheid en Justitie verkennen hoe deze versterking van de opsporing vormgegeven kan worden. Bij de verkenning wordt het voorkomen van versnippering van de opsporingsfunctie als één van de uitgangspunten gehanteerd. Ook zal een business case van de voorgenomen uitbreiding worden gemaakt. Zodra deze verkenning gereed is, zullen wij uw Kamer over de uitkomsten daarvan informeren (en over de ervaringen met de samenwerking met de I-SZW, zie hieronder). Echter, om geen vertraging op te lopen, zullen wij starten met de oprichting van opsporing voor het hele zorgterrein bij een van de bestaande opsporingsdiensten die zich ook op het terrein van de zorg begeeft. Bij de I-SZW is al een bijzondere eenheid (22 fte) ingericht die zich voor VWS bezig houdt met het opsporen van fraude met PGB's. Bovendien zijn bij de I-SZW werkwijzen en samenwerkingsvormen met de andere opsporingsdiensten en het OM ontwikkeld die voor een snelle start van de opsporingdienst voor de zorg kunnen worden benut. Deze intensivering van de opsporingscapaciteit bij de I-SZW laat onverlet dat wij verantwoordelijk blijven voor bestrijding van oneigenlijk gebruik en fraude in de zorgsector. Wij hebben voor 2014 € 5 miljoen en voor 2015 en verder € 10 miljoen gereserveerd voor deze versterking van de opsporingsfunctie én het versterken van het toezicht. Het gaat dan vanaf 2015 in totaal om circa 100 fte extra. Wij zullen de komende periode de verdeling van deze middelen voor 2014 nader uitwerken en u hierover in de tweede voortgangsrapportage fraudebestrijding informeren. Over de verdeling van de beschikbare middelen voor 2015 en latere jaren zullen wij u in de VWS-begroting voor 2015 informeren. Bij de verdeling van die middelen zal gebruik worden gemaakt van de opgedane ervaringen in 2014 en zullen ook aspecten als de optimale omvang van bijvoorbeeld de opsporingscapaciteit voor de zorgsector aan de orde komen.

2. Wet- en regelgeving

Aanscherpen bevoegdheden en sanctiemogelijkheden: versterken toezicht en controle

De maatregelen die de NZa de afgelopen jaren heeft genomen leggen het accent op controle en toezicht. Daar was aanscherping en versterking nodig en daarmee is per 2013 een start gemaakt. Ook nu nog wordt voor bepaalde schakels in de keten onderzocht of bevoegdheden en sanctie

instrumenten wel voldoende zijn, en als dat niet zo is worden wet- en regelgeving hier op aangepast.

Een belangrijk wetstraject betreft de Verbetering Toezicht en Opsporing (VTO) Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). De verwachting is dat het wetsvoorstel nog dit jaar naar de Tweede Kamer kan worden gestuurd. Dit wetsvoorstel voorziet onder andere in een aanscherping van het toezicht en handavingsinstrumentarium van de NZa. Dit is in de bijlage bij deze brief nader toegelicht.

Medisch beroepsgeheim en vermoedens van fraude

Het medisch beroepsgeheim is een groot goed, waarmee de onbelemmerde toegang tot voorzieningen van gezondheidszorg wordt gewaarborgd. Het medisch beroepsgeheim gaat uit van de integriteit van de zorgaanbieder. Als er echter sprake is van een vermoeden dat er niet conform dit uitgangspunt is gehandeld kan datzelfde beroepsgeheim een belemmering vormen voor het strafrechtelijke onderzoek. Om deze reden bereiden wij, samen met de Ministers van SZW en V&J, een aantal wetswijzigingen voor, waarmee wij een doorbreking van het medisch beroepsgeheim in geval van ernstige vermoedens van fraude mogelijk willen maken. Daarnaast is het van belang dat kan worden nagegaan dat is gebeurd waarvoor is betaald. Medische indicatie op de declaratie, tijdschrijven op de declaratie, hoofd- en andere behandelingen op de declaratie zijn hiervoor onmisbaar.

Het toetsen van nieuwe wet- en regelgeving op fraudegevoeligheid

Nieuwe wet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen zullen wij toetsen op fraudegevoeligheid voordat deze wordt ingevoerd. Op dit moment wordt prioriteit gegeven aan het ontwikkelen van een vast format en een eenduidige structuur die uiteindelijk op nieuwe wet- en regelgeving kan worden toegepast. Vooruitlopend op het vaste format van de fraudetoets zal de wet- en regelgeving inzake de hervorming langdurige zorg nu reeds worden bezien op mogelijke risico's op oneigenlijk gebruik en fraude. Daarnaast zullen wij omvangrijke wijzigingen in bekostigingssystemen voorafgaand aan de invoering laten toetsen op risico's voor oneigenlijk gebruik en fraude. De eerstvolgende wijziging in bekostiging waarvoor een fraudetoets wordt uitgevoerd betreft de generalistische basis GGZ.

3. Het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB)

Op 13 februari hebben negen partijen, de NZa, IGZ, Belastingdienst, FIOD, Inspectie SZW, OM, ZN, ClZ en VWS de Taskforce Integriteit Zorgsector opgericht en een convenant afgesloten om de samenwerking te intensiveren. De Taskforce Integriteit Zorgsector is een voortzetting van de «Regiegroep verbetering zorgfraudebestrijding» die gedurende de achterliggende periode (vanaf 2009) de diverse partijen bijeenbracht en de zorgfraudebestrijding verbeterde.

Een van de eerste resultaten van de Taskforce Integriteit Zorgsector is de beoogde oprichting van Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding waartoe het Taskforce Integriteit Zorgsector zeer recentelijk heeft besloten. De start van het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding is, via een ingroei-traject, voorzien voor dit najaar en zal per 1 januari 2014 volledig operationeel zijn. Alle convenantpartijen vaardigen medewerkers af. Het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding krijgt twee functies, een strategische- en een operationele functie. Bij de *strategische functie* speelt intelligentie een belangrijke rol bij het verzamelen, verwerken en interpreteren van

(digitale) gegevens waarmee (patronen van) fraude in de zorg opgespoord kunnen worden. Bij de *operationele functie* gaat het om het gezamenlijk aanpakken van meervoudige zorgfraudezaken in de gezondheidszorggebieden op terrein waar de grootste risico's liggen zoals de GGZ en de medisch specialistische zorg. Om te bezien of deze gezamenlijke werkwijze inderdaad een verbetering van de aanpak van zorgfraude oplevert, stelt VWS hiervoor gedurende een proefperiode, namelijk vanaf de start dit najaar tot ultimo 2014, financiële middelen beschikbaar.

4. Voorkómen van fraude: twee concrete voorbeelden

De medisch specialistische zorg

Bij het vervolg van het project PlnCeT is gebleken dat dit project veel in gang heeft gezet bij de betrokken veldpartijen zoals ZN, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS). Bijlage 2, het plan van aanpak «Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces», bevat een uitgebreide schets van de reeds ondernomen en nog te ondernemen activiteiten. Daarbij worden drie hoofdsporen onderscheiden, te weten het verkleinen van het «grijze gebied» waar onduidelijkheid bestaat over de regelgeving en de wijze waarop hier in de praktijk van de declaraties mee wordt omgegaan; de bewustwording van medewerkers van de betrokken organisaties van de kosten van zorg en van de wijze waarop correcte registratie leidt tot een correcte declaratie en tot slot het verbeteren van de interne organisatie door onder meer de basisregistratie op orde te krijgen.

De langdurige zorg

Over de aanpak van de fraude met PGB's in de AWBZ is uw Kamer op verschillende momenten geïnformeerd. Voorbeelden uit deze aanpak zijn de intensivering van de opsporing en het voorkomen van fraude door onder andere het afleggen van huisbezoeken.

Daarnaast zal voor mensen met een PGB het trekkingsrecht worden ingevoerd, zodat ze de vrijheid houden om zorg op maat in te kopen, zonder dat er andere zaken dan zorg met het geld kunnen worden ingekocht. Mogelijk kunnen nog dit jaar al de eerste budgethouders gebruik gaan maken van de trekkingsrechten. In de loop van 2014 zullen dan meer budgethouders «instromen» zodat met ingang van 2015 alle budgethouders gebruik maken van de trekkingsrechten in het kader van de wet voor langdurige intensieve zorg en de WMO. In beide wetten zal hiertoe de borging worden opgenomen.

Tot slot

Zoals wij aan het begin van deze brief reeds schreven, is het bestrijden van oneigenlijk gebruik en fraude in de zorgsector een van onze prioriteiten.

Daartoe kiezen wij voor een samenhangend beleid van preventie, toezicht/handhaving en repressie. De komende tijd zullen wij daarom verder investeren in maatregelen die er voor zorgen dat partijen hun rol beter kunnen en zullen nemen, met de juiste bevoegdheden en sanctiemogelijkheden. Op die manier hopen wij dat bij elke partij in de zorgsector het voorkomen van oneigenlijk gebruik en fraude onlosmakelijk verbonden wordt met het dagelijkse handelen.

Wij hebben er vertrouwen in dat de partijen in de zorg ook de handschoen oppakken. De goeden wensen niet langer te lijden onder de negatieve beeldvorming van fraude in de zorg. Wij zien dan ook dat in het zorgveld tal van samenwerkingsinitiatieven zijn ontstaan om transparante processen van zorgvraag tot correcte bekostiging van geleverde, passende zorg goed vorm te geven. Deze initiatieven dragen bij aan het voorkomen en terugdringen van oneigenlijk gebruik en fraude.

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

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