

## Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

### 876

Vragen van het lid **Wolbert** (PvdA) aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport over *het terugvorderen van miljoenen in verband met misbruik van pgb's* (ingezonden 26 november 2010).

Antwoord van staatssecretaris **Veldhuijzen van Zanten-Hyllner** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 december 2010).

#### Vraag 1

Bent u bekend met het bericht dat Menzis Zorgkantoor meer dan honderd persoonsgebonden budgetten (pgb's) terugvordert in de regio Twente in verband met fraude, niet complete besteding en onvoldoende verantwoording van de pgb's?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Ja.

#### Vraag 2

Klopt het bericht dat het gaat om een totaal bedrag aan terugvorderingen van miljoenen euro's? Zou een vergelijkbare actie in andere regio's tot een soortgelijk hoog bedrag leiden?

#### Antwoord 2

Menzis heeft inderdaad een vordering van enkele miljoenen op budgethouders. Het terugvorderen van niet bestede middelen is echter bestaande praktijk. Jaarlijks worden door de zorgkantoren, naar aanleiding van de verantwoording door budgethouders, niet of onjuist besteedde middelen teruggevorderd of verrekend met toekomstige budgetten. Het gaat om gemiddeld 10% van het pgb. Landelijk gaat het om ruim 200 miljoen. Bij het vaststellen van de beschikbare middelen voor het pgb (het pgb-subsidieplafond) is met dit ervaringsgegeven rekening gehouden.

#### Vraag 3

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het uitvoeren van de motie De Vries/Wolbert<sup>2</sup>, waarin de regering wordt verzocht alles in het werk te stellen om de taken van bemiddelingsbureaus te scheiden zodat beheer, bemiddeling en het aanbieden van zorg niet meer door één bureau kan worden gedaan?

<sup>1</sup> Zorgvisie, , «Menzis vordert miljoenen van pgb-houders terug», 22 november 2010.

<sup>2</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 57.

### Antwoord 3

Hiermee is het vorige kabinet voortvarend aan de slag gegaan. Zoals mijn voorganger in haar brief van 12 juni 2009 (kenmerk: DLZ/CB-U-2912189) heeft aangegeven, hebben Per Saldo en stichting de Ombudsman een gedragscode voor pgb-bemiddelingsbureaus ontwikkeld waarin deze scheiding van taken is vastgelegd. Op basis van deze gedragscode is vervolgens door Per Saldo en het Keurmerkinstituut met subsidie van VWS een kwaliteitskeurmerk voor pgb-bemiddelingsbureaus ontwikkeld. Dit keurmerk is bijna klaar. Het streven is dat bemiddelingsbureaus vanaf 1 januari 2011 een aanvraag voor het keurmerk kunnen indienen. In de werkgroep fraude die mij begin volgend jaar zal adviseren, wordt bekeken of het wenselijk is dit keurmerk een wettelijke status te geven.

### Vraag 4

Wat is de stand van zaken in de ontwikkeling van het keurmerk voor bemiddelingsbureaus? Wat is op dit moment de stand van zaken met betrekking tot het uitvoeren van de motie Wolbert<sup>3</sup>, waarin de regering wordt verzocht te stimuleren dat er een keurmerk komt voor commerciële zorgaanbieders die zorg leveren die wordt betaald uit een pgb?

### Antwoord 4

De stand van zaken ten aanzien van het keurmerk voor bemiddelingsbureaus heb ik uiteengezet in het antwoord op vraag 3.

Ik geef op de volgende wijze uitvoering aan de motie Wolbert.

Na overleg met Per Saldo zijn we gezamenlijk tot de conclusie gekomen dat budgethouders meer baat hebben bij goede vergelijkende informatie over zorgaanbieders dan bij een keurmerk. Ik heb vervolgens aan Per Saldo subsidie verstrekt om een deel van deze keuze-informatie te ontwikkelen. De volgende drie aspecten worden uitgewerkt:

### Vraag 5

Wat is uw mening over het advies dat Menzis pgb-houders geeft om aangifte te doen wanneer zij niet de zorg ontvangen die zij nodig hebben? Herkent u zich in de uitspraak dat wettelijke uitspaken in dergelijke zaken te lang op zich laten wachten? Op welke manier kan dit effectiever worden aangepakt?

### Antwoord 5

De pgb-regeling gaat ervan uit dat de budgethouder zelf verantwoordelijk is voor het inkopen van de benodigde zorg. Deze zorg dient zowel qua omvang als kwaliteit voldoende te zijn. Afspraken over de te leveren zorg worden, al dan niet met tussenkomst van een bemiddelingsbureau, vastgelegd in een overeenkomst tussen budgethouder en zorgaanbieder. Wanneer de budgethouder merkt dat de zorgaanbieder de gemaakte afspraken niet nakomt en (kwalitatief) onvoldoende zorg levert, dient deze de zorgverlener hierop aan te spreken. Ook kan de budgethouder, als deze ontevreden is over de geleverde zorg, overstappen naar een andere zorgaanbieder. Aangifte door de budgethouder is alleen dan aan de orde wanneer blijkt dat er sprake is van onrechtmatig handelen door de zorgaanbieder of bemiddelaar. Veel fraudesignalen hebben betrekking op budgethouders die zelf niet goed in staat zijn de regie over hun zorgvraag en budget te voeren.

Deze budgethouders geven de regie en het budgetbeheer uit handen en worden vervolgens het slachtoffer van praktijken van malafide pgb-bureautjes. Deze bureaus leveren nauwelijks of geen zorg en besteden het pgb aan andere zaken dan waar het voor bedoeld is. In dergelijke zaken is het doen van aangifte zeker van belang.

In zijn algemeenheid kan niet worden gesteld dat een uitspraak naar aanleiding van een aangifte te lang op zich laat wachten. De tijd die hiervoor nodig is verschilt van geval tot geval en is mede afhankelijk van de complexiteit van een zaak. In het overleg «Fraudebestrijding in de zorg», dat op initiatief van VWS periodiek bijeenkomt, is gemeld dat het Openbaar Ministerie, politie en verzekeraars werken aan een convenant om te komen tot betere stroomlijning van meldingen en aangiften van verzekeringsfraude.

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 54.

Vraag 6

Kunt u toezeggen dat u de zorgkantoren van de andere verzekeraars gaat vragen dat ook zij zich zullen toeleggen op het beter signaleren van mogelijke fraude en aangifte te doen in geval van vermoedens van fraude en het terugvorderen van teveel betaalde of niet verantwoorde zorg?

Antwoord 6

Dit is bij zorgkantoren bestaande praktijk. Het College voor Zorgverzekeringen heeft in samenspraak met de zorgkantoren een controleprotocol ontwikkeld dat met ingang van dit jaar in gebruik is genomen. Alle zorgkantoren controleren op basis van dit controleprotocol. Zij zijn daarbij alert op het zich voordoen van fraude. Wanneer fraude wordt gesignaleerd wordt het pgb stopgezet en worden de onjuist besteedde middelen teruggevorderd. De zorgkantoren delen hun fraudesignalen onderling.