

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

### 130

Vragen van de leden **Bouwmeester** (PvdA) en **Bruins Slot** (CDA) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over *de fraude met AGB-codes* (ingezonden 11 september 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 2 oktober 2013)

Vraag 1

Kent u het bericht «Nep-artsen dienen massaal valse declaraties in»?<sup>1</sup>

Antwoord 1

Dit bericht is mij bekend.

Vraag 2

Kunt u aangeven wanneer de Kamer het bij motie gevraagde plan van aanpak omtrent fraudebestrijding in de zorg kan ontvangen?<sup>2</sup>

Antwoord 2

De Eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg (plan van aanpak) is op 16 september aan de Tweede Kamer aangeboden<sup>3</sup>.

Vraag 3 en 4

Was u, dan wel de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza), bekend met deze specifieke vorm van zorgfraude? Zo ja, hoe lang was u reeds op de hoogte van deze fraude? Wat is er tot nu toe gedaan om deze specifieke vorm van fraude aan te pakken?

Kunt u aangeven of deze specifieke vorm van fraude onderdeel uitmaakt van het bij motie gevraagde plan van aanpak?

Antwoord 3 en 4

Bij de NZa waren incidenten bekend en deze worden onderzocht (zie ook vraag 6). Vektis gaat op korte termijn de AGB bestanden vaker controleren. Dit heb ik gemeld in het plan van aanpak, dat uw Kamer op 16 september

<sup>1</sup> RTL, 7 september 2013, Nep-artsen dienen massaal valse declaraties in. Laatst geraadpleegd op 10 september 2013 via <http://www.rtlnieuws.nl>

<sup>2</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 45

<sup>3</sup> Kenmerk 150743–110124-Z

2013 heeft ontvangen. Vektis, de beheerder van de AGB-registratie, gaat op korte termijn de bestanden periodiek controleren. Dit wordt mogelijk gemaakt door de gegevens in het AGB-register te koppelen met openbare bronbestanden zoals het register van de Kamer van Koophandel (KvK) en het BIG-register. Zorgverzekeraars Nederland, Vektis, CIBG en KvK zijn hiertoe begin 2013 een gezamenlijk project gestart, dat zich nu in een afrondende fase bevindt. De implementatie van het vernieuwde AGB start in november 2013. Deze koppelingen zorgen voor periodieke updates in het AGB-register. Hiermee wordt het register minder gevoelig voor fraude met AGB-codes.

#### Vraag 5

Klopt het dat Vektis, in opdracht van de zorgverzekeraars, deze Algemeen GegevensBeheer-codes (AGB codes) uitgeeft en beheert? Zo ja, ziet u dan ook een eerste verantwoordelijkheid voor Vektis rondom het controleren van deze codes? Zo nee, welke taak ziet u dan wel voor hen in het kader van het voorkomen en bestrijden van zorgfraude? Hoe controleert u deze verantwoordelijkheden? Bent u bereid om in overleg te treden met Vektis teneinde hercontrole van AGB codes te bewerkstelligen? Kunt u aangeven in hoeverre Vektis, naar uw mening, verantwoordelijkheid draagt rondom het voorkomen en bestrijden van deze vorm van fraude?

#### Antwoord 5

Vektis is de beheerder van de AGB-registratie. Het klopt dat Vektis in opdracht van de zorgverzekeraars deze codes uitgeeft. De zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor het controleren van deze codes. De NZa heeft de taak hierop toe te zien. Zorgverzekeraars kunnen taken uitbesteden. De zorgverzekeraars hebben uitvoerende taken voor het controleren van de codes dus bij Vektis gepositioneerd. Zie verder mijn antwoord op vraag 4.

#### Vraag 6

Kunt u aangeven welke acties de Nza heeft ondernomen in het kader van preventie en bestrijding van fraude met AGB codes? Welk resultaat hebben deze acties gehad?

#### Antwoord 6

In het kader van preventie heeft de NZa de regelgeving voor het declareren aangescherpt.

Mede naar aanleiding van de casus Europsyche, doet de NZa voorts onderzoek naar de mogelijkheden om te frauderen binnen de zorg. Misbruik van AGB-codes is daarbij ook naar voren gekomen, maar bijvoorbeeld ook de mogelijkheid dat een fraudeur zich verschuilt achter een AGB-code van een zorginstelling. Het voorbeeld waar RTL naar verwijst heeft de NZa in onderzoek. Bestuur, medewerkers, psychiaters en patiënten zijn hierbij door de NZa gehoord om te achterhalen of declaraties wel terecht zijn. Ook de rol van de zorgverzekeraars wordt hierbij bekeken. Het is immers de taak van de zorgverzekeraars om de declaraties te controleren.

Een beter inzicht in de kosten draagt eveneens bij aan zinnig en zuinig gebruik van zorg en stelt patiënten beter in staat mogelijke onjuistheden in de declaraties, eigen risico en ingehouden eigen bijdragen te signaleren. Voor zowel de medisch specialistische zorg als de geestelijke gezondheidszorg worden maatregelen getroffen om het kostenbewustzijn van patiënten te vergroten. Hiertoe wordt de informatie op de zorgnota uitgebreid. Voor uitgebreide informatie verwijs ik u naar het plan van aanpak.

#### Vraag 7

Deelt u de mening dat wanneer een arts door de tuchtrechter wordt geschorst, zijn AGB code automatisch dient te worden geblokkeerd? Zo ja, hoe wilt u dit bewerkstelligen? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 7

Na een schorsing mag de zorgverlener niet meer praktiseren en dus ook niet meer declareren. Zorgverzekeraars mogen geen declaraties voor zorg die na een schorsing zou zijn verricht vergoeden. Hoe zij dit proces inrichten is aan hen. Zij hebben het AGB-systeem ingericht om hen hierbij te ondersteunen. In de volgende versie van het AGB-systeem dat dit najaar wordt geïmplementeerd is een frequente afstemming met het BIG-register opgenomen. In het

BIG-register zijn de doorhalingen en schorsingen geregistreerd. Het is de taak van de NZa er op toe te zien dat zorgverzekeraars na doorhaling of schorsing geen zorg meer vergoeden.

Vraag 8

Welke belemmeringen ziet u rondom het voorkomen van deze specifieke vorm van fraude, en rondom het voorkomen en bestrijden van zorgfraude in het algemeen? Kunt u aangeven hoe deze belemmeringen weggenomen kunnen worden?

Antwoord 8

Bij het opstellen van het plan van aanpak is, samen met de betrokken actoren, een inventarisatie gemaakt van de belemmeringen rondom het voorkomen en bestrijden van zorgfraude. Zoals aangegeven in mijn antwoord op vraag 4 gaat Vektis op korte termijn het AGB-register periodiek controleren op juistheid, dankzij de koppelingen met openbare bronbestanden zoals het BIG-register.

Dit is overigens slechts één van de vele maatregelen die in het plan van aanpak worden genoemd.

Vraag 9

Kunt u aangeven hoe voorkomen kan worden dat instellingen, zoals ook hier het geval bleek te zijn, een erkenning van het ministerie krijgen ingevolge de Wet toelating zorginstellingen, terwijl de kwaliteit van zorg niet op orde is?

Antwoord 9

Zoals ik op 19 september jl. heb aangekondigd ben ik voornemens om de toelating van nieuwe zorgaanbieders aan te scherpen. Onderdeel hiervan is dat de IGZ volgens de uitgangspunten van haar risicogebaseerde toezicht binnen vier weken na de start van de zorgverlening door een nieuwe zorgaanbieder, een toets uitvoert op de geleverde kwaliteit en de eisen die daarvoor bestaan. Voor een verdere toelichting verwijs ik u naar de brief over goed bestuur in de zorg<sup>4</sup>.

Vraag 10

Kunt u aangeven hoe de verschillende verantwoordelijkheden rondom het voorkomen en het bestrijden van zorgfraude zijn verdeeld? Ziet u structurele aanpassingen in deze verdeling van verantwoordelijkheden voor u om zorgfraude te voorkomen en te bestrijden? Zo ja, welke aanpassingen ziet u voor u? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 10

Inmiddels heeft u mijn plan van aanpak ontvangen. Hierin wordt uitgebreid ingegaan op de verantwoordelijkheden rond het bestrijden van zorgfraude. Uit de voorbereiding van het Plan van aanpak fraude in de zorg is geenerschikking voortgevloeid voor wat betreft deze verantwoordelijkheden. De in het plan beschreven verbeteringen zijn met de huidige verantwoordelijkheidsverdeling te realiseren. Dit laat onverlet dat in het plan van aanpak is aangegeven dat de staatssecretaris en ik in 2014 € 5 miljoen en voor 2015 en verder € 10 miljoen gereserveerd hebben voor de versterking van de opsporingsfunctie en het versterken van het toezicht. Het gaat dan vanaf 2015 om circa 100 fte extra.

Vraag 11

Kunt u een overzicht geven van de verschillende sancties bij deze vorm van zorgfraude? Bent u van mening dat deze sancties afschrikwekkend genoeg zijn?

Antwoord 11

Declaratie van zorg die niet of slechts deels is geleverd is onrechtmatig. Ook de uitbetaling van dergelijke declaraties door een zorgverzekeraar is niet toegestaan.

---

<sup>4</sup> Kenmerk 116696-103573-MC

De NZa beschikt over de mogelijkheid om een formele aanwijzing, een last onder bestuursdwang, een last onder dwangsom en een bestuurlijke boete op te leggen. De boete voor een afzonderlijke overtreding bedraagt ten hoogste € 500.000 of, indien dat meer is, tien procent van de omzet van de onderneming in Nederland. De maatregelen kunnen zich niet alleen richten tot de betrokken zorgaanbiedende onderneming of zorgverzekeraar, maar kan zich ook richten tot daar werkzame personen die de fraude hebben gepleegd. Fraude valt ook onder het tuchtrecht waar het BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren betreft. Maatregelen die opgelegd kunnen worden zijn de waarschuwing, de berisping, de schorsing voor maximaal één jaar en de doorhaling. Bij doorhaling van de inschrijving mag betrokkene het beroep blijvend niet meer uitoefenen. Een tuchtmaatregel is geen strafmaatregel maar beoogt primair correctie van professioneel gedrag om herhaling van gemaakte fouten te voorkomen.

In algemene zin zijn het indienen van onrechtmatige declaraties door (ook niet BIG-geregistreerde) zorgverleners en de uitbetaling daarvan door zorgverzekeraars overtredingen van de Wet op de economische delicten. Zonder opzet staat hier voor de betrokken individuen een gevangenis op van maximaal zes maanden en met opzet is dit zelfs maximaal twee jaar. Ten aanzien van de vraag of deze sancties afschrikwekkend genoeg zijn heb ik in het fraudedebat (23 mei 2013) aangegeven het gehele instrumentarium tegen het licht van deze vraag te houden. Ik kom met de resultaten van deze exercitie in de volgende voortgangsrapportage fraude (december 2013).