

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

### 1770

Vragen van het lid **Hijink** (SP) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *de falende controle op zorgfraude* (ingezonden 6 januari 2020).

Antwoord van Minister **De Jonge** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 17 februari 2020) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2019–2020, nr. 1468.

#### Vraag 1

Wat is uw reactie op de uitspraken van de directeur van zorgverzekeraar DSW, dat de afgelopen jaren de fraude in de zorg is toegenomen? Hoe verklaart u deze toename van fraude? Hoe beoordeelt u dat zowel DSW als het Openbaar Ministerie spreken over een fraude van honderden miljoenen op jaarbasis? Kloppen deze cijfers naar uw mening?<sup>1</sup>

#### Antwoord 1

Zoals ik u eerder heb aangegeven in de schriftelijke beantwoording van de bij de begrotingsbehandeling<sup>2</sup> gestelde vragen is de precieze omvang van fraude in de zorg niet goed te kwantificeren, omdat fraude per definitie heimelijk plaatsvindt en we niet weten wat we niet weten. We weten alleen wat aan (vermoedens van) fraude wordt gemeld respectievelijk aan zorgfraude wordt vastgesteld. Hoeveel geld concreet gemoeid gaat met zorgfraude en of sprake is van een toename blijft onduidelijk.

Een belangrijke bron van cijfers over zorgfraude die wel beschikbaar is, is die van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Zij rapporteren onder meer jaarlijks wat er uit de eigen afgeronde fraudeonderzoeken van zorgverzekeraars waaronder zorgverzekeraar DSW naar voren komt. Deze cijfers laten de afgelopen jaren een toename zien van de bedragen die gemoeid zijn met afgeronde fraudeonderzoeken van zorgverzekeraars. In 2018 is wel sprake van

<sup>1</sup> Nos.nl, 2 januari 2020 (<https://nos.nl/nieuwsuur/artikel/2317099-controlere-zorgfraude-faalt-om-en-verzekeraars-luiden-noodklok.html>)

<sup>2</sup> Kamerstuk 35 300 XVI, nr. 10

een trendbreuk voor wat betreft de door zorgverzekeraars in afgeronde fraudeonderzoeken vastgestelde fraude<sup>3</sup>.

#### Resultaten fraudebeheersing zorgverzekeraars

(* € 1 mln.)	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Fraude-onderzoek	27	53	20	24,8	31,3	33,7
Waarvan vastgestelde fraude	9,3	18,7	11,1	18,9	27	20,5

Deze cijfers van ZN geven dus geen volledig beeld van het totaal aan zorgfraude. Sinds de oprichting van het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) in 2016 wordt het aantal gemelde fraudesignalen centraal geregistreerd bij het IKZ. Het aantal fraudesignalen in 2019 (t/m 30 september) bedroeg 377 unieke signalen. In 2018 bedroeg het aantal signalen 558 en in 2017 675.

#### Vraag 2

Hoe reageert u op de uitspraak van de directeur van DSW dat zorgbureaus op dit moment feitelijk risicoloos kunnen frauderen?

#### Antwoord 2

Het beeld dat uit de Nieuwsuur uitzending naar voren komt is schokkend. Zorggeld is bedoeld voor zorg en moet niet wegvloeien naar fraudeurs. Fraude met zorggeld is onacceptabel en daar moet hard tegen worden opgetreden. Er wordt ketenbreed bekeken waar de regelgeving fraudebestendig kan worden gemaakt en de handhaving (toezicht, bestuursrechtelijk en strafrechtelijk optreden) nog verder kan worden geïntensiveerd. Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders hebben vanuit hun rol en verantwoordelijkheid in het zorgstelsel de wettelijke plicht om de rechtmatigheid van in rekening gebrachte zorg te controleren. Bij fouten en fraude treden zij op. De Maatregelenrichtlijn van ZN<sup>4</sup> is een hulpmiddel voor verzekeraars en zorgkantoren om tot passende maatregelen te komen en kan bij gecontracteerde en op onderdelen bij niet-gecontracteerde zorg worden ingezet. Voorbeelden van maatregelen zijn het inzetten van de procedure van de onverschuldigde betaling, het terughalen van onterecht uitgekeerde «zorg-euro's», het doorberekenen van gemaakte onderzoekskosten, het inzetten van het tuchtrecht of het ontbinden van de overeenkomst (bij gecontracteerde zorg). Bij ongecontracteerde zorg kan gebruik gemaakt worden van het instrument van de machtigingen<sup>5</sup> en van het verbod op akte van cessies<sup>6</sup>. Naast de inzet van civiel- en tuchtrechtelijke maatregelen kunnen zorgverzekeraars ook aansturen op de inzet van het bestuurs- en strafrecht bij de aanpak van zorgfraude, door het doen van een melding dan wel aangifte richting de NZa respectievelijk het OM. Daarnaast heb ik ervoor gezorgd dat de capaciteit van de Inspectie SZW is uitgebreid met 20 fte. Deze uitbreiding zal naar verwachting eind 2020 gerealiseerd zijn. Dit geeft – naast de handhavingsinspanningen van de overige ketenpartners – de Inspectie SZW meer capaciteit om zaken die zich

<sup>3</sup> Bij het afsluiten van een fraudeonderzoek zijn zes onderzoeksuitkomsten mogelijk, te weten:

- Fraude bewezen
- Fraudevermoeden, maar niet kunnen bewijzen
- Administratieve fout van de zorgaanbieder (geen fraude)
- Geen fraude (andere onjuistheid dan een administratieve fout, bijvoorbeeld gedeclareerd buiten de voorwaarden)
- Administratieve fout van de verzekerde
- Administratieve fout van de zorgverzekeraar

<sup>4</sup> De Maatregelenrichtlijn is een niet-openbaar document.

<sup>5</sup> Vooraf toestemming van de zorgverzekeraars voor niet-gecontracteerde zorg. Bij een machtiging controleert de zorgverzekeraar de consistentie van het zorgplan (aantal uren zorg) op basis van de indicatie.

<sup>6</sup> Het cessieverbod verbiedt dat een verzekerde het recht op vergoeding door de zorgverzekeraar overdraagt aan een niet-gecontracteerde zorgaanbieder. Hiermee is het voor niet-gecontracteerde zorgaanbieders (zonder betaalovereenkomst) niet meer mogelijk om rechtstreeks bij verzekeraars te declareren.

daarvoor lenen strafrechtelijk af te doen onder het gezag van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie (OM).

Met het wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg wordt de samenwerking tussen verschillende instanties bij het aanpakken van zorgfraude verbeterd. Het wetsvoorstel zorgt er onder andere voor dat zorgverzekeraars, gemeenten en zorgkantoren gegevens over fraudeurs in een Waarschuwingsregister kunnen registreren op één centrale plek. Daarnaast voorziet dit wetsvoorstel in een basis voor partijen om gegevens met elkaar te delen waardoor fraude beter kan worden opgespoord.

Met de meldplicht in het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) komen nieuwe zorgaanbieders voor de aanvang van de zorgverlening in beeld ten behoeve van het kwaliteitstoezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Ook zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen dit gebruiken voor een rechtmatige uitvoering van de Zvw en de Wlz. Zij hebben al aangegeven de meldplicht als voorwaarde te verbinden aan het verstrekken van de AGB-code die nodig is om te kunnen declareren. Dit wetsvoorstel is op 29 januari jongstleden in de Kamer behandeld.

Ik heb uw Kamer in de brieven van 17 oktober 2019<sup>7</sup> en 25 november 2019<sup>8</sup> een opsomming van deze maatregelen gegeven.

### Vraag 3

Klopt het dat er veel meer fraudeurs zijn dan het Openbaar Ministerie aankan? Geldt dit tekort aan capaciteit ook voor gemeenten, zorgverzekeraars en de Sociale Verzekeringsbank (SVB)? Bent u bereid meer middelen en capaciteit beschikbaar te stellen zodat meer frauderende zorgaanbieders gepakt worden?

### Antwoord 3

Strafrecht alleen kan een maatschappelijk probleem als fraude met zorggeld niet oplossen. De aanpak van fraude vergt een ketenbrede inspanning, die strekt van wet- en regelgeving, preventie, toezicht en bestuursrechtelijke sancties tot aan strafrechtelijke opsporing en vervolging. Vermoedens van fraude kunnen op diverse punten in de keten worden gesignaleerd en er kan zoals gezegd door verschillende ketenpartners handhavend worden opgetreden. De betrokken partijen hebben ieder een eigen rol en verantwoordelijkheid in het voorkomen dan wel aanpakken van fraude. De NZa en de IGJ kunnen bijvoorbeeld een bestuurlijke boete opleggen en zorgverzekeraars en gemeenten kunnen eigen maatregelen treffen. Het OM zet de per definitie schaarse strafrechtcapaciteit vooral in bij die zaken waarvan verwacht wordt dat die inzet een maximaal maatschappelijk effect heeft. Dat kan bijvoorbeeld een nieuwe vorm van fraude zijn, een zaak waar uitzonderlijk veel geld mee is gemoeid of een zaak waar een signaalfunctie van uitgaat. Het strafrecht wordt ingezet als optimum remedium, parallel aan de andere genoemde handhavingsmogelijkheden.

De besluitvorming over welke fraudesignalen in aanmerking komen voor bestuurs- dan wel strafrechtelijke afdoening vindt plaats in de zogeheten Stuur- en Weegploeg Zorg, onder voorzitterschap van het OM (het Functioneel Parket).

Fraude is niet alleen op te lossen met meer middelen en capaciteit. Er zijn meerdere maatregelen nodig om het net te doen sluiten rond frauduleuze partijen. En dan nog zal het nooit helemaal 100% waterdicht worden, er is altijd een kleine groep die de randen van de wet opzoekt en er zelfs overheen gaan. Maar ik doe er met de ketenpartners in de zorg alles aan het net zo goed mogelijk te dichten, door wetgeving steeds fraudebestendiger te maken en fraudeurs te ontmoedigen door ketenbreed handhavend op te treden en zo te laten zien dat er geen plek is voor fraude in de zorg.

Voor een overzicht van alle maatregelen verwijs ik uw Kamer naar de tweede Voortgangsrapportage rechtmatige Zorg 2018 – 2021 Aanpak van fouten en fraude<sup>9</sup> en de brieven van 17 oktober 2019<sup>10</sup> en 25 november 2019<sup>11</sup>.

<sup>7</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 238.

<sup>8</sup> Kamerstuk 34 767, nr. 19.

<sup>9</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 113.

<sup>10</sup> Kamerstuk 32 620, nr. 238.

<sup>11</sup> Zie voetnoot 8.

#### Vraag 4

In hoeverre wordt gecontroleerd of in de wijkverpleging, of elders in de zorg, binnen familieverband zorg verleend wordt? Beschikt u over cijfers om aan te tonen op welke schaal zorgfraude binnen families en gemeenschappen plaatsvindt?

#### Antwoord 4

Zorgverzekeraars controleren niet specifiek of de zorg binnen een familieverband wordt verleend. Een aantal zorgverzekeraars heeft in de verzekeringsvoorwaarden wel (aanvullende) eisen of een verbod opgenomen voor zorg die verleend wordt door een familielid. Zorgverzekeraars controleren alle declaraties op onrechtmatigheden. Zorgverzekeraars doen onderzoek naar signalen van fraude die zij beoordelen als «onderzoekswaardig». Dit betekent dat het signaal nadrukkelijk moet duiden op het overtreden van een regel, dat er een bepaald voordeel wordt verkregen met deze overtreding en dat er een vermoeden van bewust handelen moet zijn. Daarbij hanteren zorgverzekeraars een prioriteringsbeleid waarbij onder meer de aard, maatschappelijke impact en omvang van de zaak, de zorgsoort en de uitkomsten van risicoanalyses een rol kunnen spelen.

Ik beschik niet over cijfers om aan te tonen op welke schaal zorgfraude binnen families en gemeenschappen plaatsvindt. De opsporingsinstanties en het OM houden dit niet systematisch bij.

#### Vraag 5

Welke aanvullende maatregelen worden genomen om te voorkomen dat binnen families en kleine gemeenschappen zorgfraude gepleegd wordt?

#### Antwoord 5

Er worden geen specifieke maatregelen genomen om fraude binnen families en kleine gemeenschappen aan te pakken. Zoals eerder aangegeven doen de meeste problemen zich voor als het gaat om rechtmatigheid bij de ongecontracteerde zorg. Dat betekent dat zorgverzekeraars een zorgaanbieder niet vooraf, zoals bij gecontracteerde zorg, kunnen screenen. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging hebben partijen diverse maatregelen afgesproken om de contractering te stimuleren. Daarnaast werk ik samen met branchepartijen en zorgverzekeraars aan het oplossen van de top 10 meest voorkomende declaratiefouten in de wijkverpleging. De knelpunten die hieraan ten grondslag liggen worden aangepakt. Ook wordt het indicatieproces geprofessionaliseerd. We doen dit door de praktijkvariatie in de indicatiestelling in kaart te brengen. Onder meer met als doel het bestrijden van uitwassen. Ook maken zorgverzekeraars steeds meer gebruik van machtigingen vooraf bij niet-gecontracteerde zorg en van het verbod op akte van cessies. Tot slot wordt een raamwerk opgesteld voor het inzetten van een onafhankelijke deskundige indien er sprake is van gegronde twijfel over de juistheid van een afgegeven indicatie.

#### Vraag 6 en 7

Bent u bereid met extra aanscherpingen te komen in de nog te behandelen Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) om deze grootschalige fraude te stoppen? Zo ja, welke maatregelen zijn dit? Zo neen, waarom niet? Hoe wordt met de nieuwe meldplicht in de Wtza deze fraude voorkomen? Klopt het dat met een meldplicht nog steeds vrij eenvoudig zorg gedeclareerd kan worden omdat er geen controle plaatsvindt op geleverde of te leveren zorg?

#### Antwoord 6 en 7

De Wtza is gericht op een verbetering van het toezicht van de IGJ op nieuwe zorgaanbieders en het beter bewust maken van nieuwe zorgaanbieders van de (kwaliteits)eisen waaraan de zorgverlening dient te voldoen en hun verantwoordelijkheid daarvoor. Hiertoe introduceert de Wtza een meldplicht waardoor nieuwe zorgaanbieders reeds voor de aanvang van de zorgverlening in beeld komen bij de IGJ. Daarbij wordt in dit wetsvoorstel de huidige WTZi-toelating vervangen door de Wtza-vergunning. Aan de Wtza-vergunning zijn ook voorwaarden voor goede zorg verbonden en zijn meer mogelijkheden tot weigering of intrekking van de vergunning.

Zorgverzekeraars zijn verantwoordelijk voor een rechtmatige uitvoering van de Zvw en de Wlz en controleren of de ingediende zorgnota's correct zijn. Om het net zo goed mogelijk te dichten, fraudeurs te ontmoedigen en te laten zien dat er geen plek is voor fraude in de zorg wordt een breed pakket aan maatregelen ingezet. Zie hiervoor mijn antwoord op vraag 3. Een belangrijke maatregel daarbij is het wetsvoorstel Integere bedrijfsvoering zorgaanbieders, waarmee de wettelijke eisen aan de bedrijfsvoering van zorgaanbieders wordt aangescherpt. Dit gebeurt onder andere door het creëren van een wettelijke verplichting voor zorgaanbieders om elke vorm van belangenverstremming binnen hun organisatie te voorkomen en versterking van de positie van de onafhankelijke intern toezichthouder binnen zorgaanbieders. In dit wetsvoorstel zal de Wtza-vergunning verder worden uitgebreid en ingericht om zo goed mogelijk aanbieders die verkeerde intenties hebben of eerder de fout in zijn gegaan tegen te houden.

#### Vraag 8

Kunt u aangeven hoe het komt dat sinds decentralisaties in de zorg in 2015 het aantal gevallen van fraude is toegenomen? In hoeverre schiet hierin het gemeentelijk toezicht tekort? Bent u bereid om gemeentelijk toezicht aan te scherpen door een landelijke model voor gemeentelijk toezicht vast te stellen waarin de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en gemeentelijke toezichthouders intensief samenwerken?

#### Antwoord 8

De basis van de Wmo 2015 is het realiseren van lokaal maatwerk voor inwoners. Gemeenten hebben binnen de Wmo 2015 beleidsruimte en ruimte om zelf specifieke kwaliteitseisen te stellen aan aanbieders, passend bij de lokale infrastructuur en omstandigheden. Hieruit vloeit voort dat gemeenten zelf het beste het toezicht – passend bij de lokale keuzes in beleid en de lokale structuren – dienen in te richten om het toezicht effectief te kunnen laten functioneren. Door het Wmo-toezicht op deze manier in de wet te verankeren is de mogelijkheid gecreëerd om op lokaal niveau een sluitende cyclus van contractering en contractmanagement, toeleiding naar ondersteuning, uitvoering van ondersteuning en het toezicht hierop te realiseren. Aan de voorkant kunnen gemeenten (strenge) kwaliteitseisen stellen aan aanbieders. Een landelijk kader voor Wmo-toezicht zou hier afbreuk aandoen. In mijn beleidsreactie van 12 november 2019 naar aanleiding van het rapport van de IGJ over Wmo-toezicht 2018<sup>12</sup> heb ik verschillende acties benoemd die ik heb uitgezet om het Wmo-toezicht verder en duurzaam te versterken. Het verder versterken en professionaliseren van het Wmo-toezicht is de belangrijkste doelstelling. Dit doe ik onder andere door: De VNG te ondersteunen om het instrumentarium van het Wmo-toezicht nader uit te werken (toolkit opdrachtgeverschap). In gesprek te gaan met GGD-GHOR en VNG Kenniscentrum Handhaving en Naleving om te werken aan landelijk kennisnetwerk. Openbaarmaking van Wmo-toezichtrapportages wettelijk te verankeren. In de praktijk, in samenwerking tussen de gemeentelijk toezichthouder en de IGJ, vast te stellen hoe het toezicht op instellingen van beschermd wonen versterkt zou kunnen worden. Ik kan niet vaststellen dat, sinds de decentralisaties, het aantal gevallen van fraude is toegenomen. Het wordt in ieder geval door contractmanagers en toezichthouders en goed speurwerk van journalisten, steeds meer zichtbaar, hetgeen gemeenten in staat stelt bewust strenger te worden aan de contracteringskant en sancties op te leggen, mocht een aanbieder er frauduleuze praktijken op nahouden. Een goed voorbeeld is de gemeente Almelo waar het contracteren van aanbieders zich steeds verder ontwikkelt en de afgelopen jaren aanvullende voorwaarden gesteld zijn om in aanmerking te komen voor een contract. In aanvulling op deze voorwaarden heeft Almelo in haar verordening voorts ook een speciale clausule opgenomen met eisen over de integriteit van bestuurders en eigenaren van aanbieders.

<sup>12</sup> Kamerstuk 29 538, nr. 308.