

Vergaderjaar 2013–2014

**28 828**

## **Fraudebestrijding in de zorg**

**Nr. 56**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 20 maart 2014

Recentelijk heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) twee rapporten<sup>1</sup> over toezicht en fraude in de zorg uitgebracht. Het gaat om:

1. Het Samenvattend rapport «Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet (Zvw) 2012, onderdelen vereveningsonderzoek en compensatieregeling eigen risico (CER)» (bijgevoegd)
2. Een geüpdate versie van het tussenrapport «Onderzoek zorgfraude» (bijgevoegd)

Hoewel deze rapporten verschillen van doel en opzet, overlappen zij elkaar ook. Zo is een belangrijk onderdeel van beide rapporten het oordeel van de NZa over de wijze waarop zorgverzekeraars de rechtmatigheid van de gedeclareerde Zvw-zorg controleren. Om die reden combineer ik mijn reactie op de rapporten in voorliggende brief.

#### *Kabinetsbeleid*

Zoals ik al eerder met uw Kamer heb gedeeld, zet het kabinet in op intensivering van de bestrijding van onrechtmatigheid en fraude bij het declareren van zorg-kosten onder de Zvw en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Alleen zorg die aan de voorwaarden voldoet die in deze wetten worden genoemd, is verzekerd. En alleen de kosten van deze verzekerde zorg kan collectief gefinancierd worden uit het Zorgverzekeringsfonds en de het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Zodra er niet aan de wettelijke voorwaarden wordt voldaan is er sprake van onrechtmatigheid; is er daarnaast opzet in het spel en wordt er geldelijk of ander gewin mee behaald, dan is er sprake van fraude.

#### *Uitkomst van de rapporten: bevestiging noodzaak beleid*

In de uitkomst van de beide rapporten die thans voorliggen, zie ik een bevestiging van de noodzaak van de door het kabinet ingezette beleidslijn.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Alle partijen in de (zorg en toezicht)keten moeten hun verantwoordelijkheid nemen en intensiever inzetten op bestrijding van onrechtmatigheid en fraude. Het kabinet ziet het als haar taak om partijen daarop aan te spreken en de omstandigheden te creëren waarin de werking van de ketens ook daadwerkelijk verbeterd. Partijen hebben deze boodschap inmiddels goed begrepen en zijn daarmee aan de slag gegaan. Ik ben positief over de initiatieven die inmiddels in gang zijn gezet, maar wij zijn er nog niet. Het kan beter en sneller! In dat kader kijk ik, samen met de staats-secretaris, met belangstelling naar onderstaande bevindingen van de NZa.

#### *Reikwijdte van de rapporten en bevindingen van de NZa*

Het rapport over de omvang van de zorgfraude is een tussenrapport. Op mijn verzoek kijkt de NZa naar de fraudegevoelige aspecten van het zorgstelsel en de mogelijke omvang van onrechtmatigheden en fraude in de zorg. Het blikveld hierbij is breed: de NZa richt zich op het gedrag van de *zorgaanbieders* en de *zorgverzekeraars* bij de uitvoering van zowel de *Zvw* als de *AWBZ*. Het onderzoek loopt de komende maanden nog door en over de mogelijke omvang van onrechtmatigheden en fraude in de zorg zal de NZa verslag doen in haar eind-rapport. Zodra ik dit rapport in juli 2014 ontvang, stuur ik het door aan uw Kamer samen met een beleidsreactie. De vorige versie van het tussenrapport heb ik uw Kamer als bijlage bij mijn brief van 19 december 2013 met onderwerp «Tweede voortgangsrapportage fraudebestrijding in de zorg» (Kamerstuk 28 828, nr. 54) reeds toegestuurd, voorzien van een eerste korte reactie. Ik stuur u thans een geüpdate versie van dit tussenrapport omdat de NZa de in het vorige rapport genoemde cijfers, inmiddels heeft geactualiseerd. Een aantal vermoedelijk verkeerde declaraties bleek achteraf toch juist te zijn en dat is gecorrigeerd. Hierdoor pakt het totaalbedrag van vermoedelijk onjuiste declaraties lager uit.

De NZa concludeert in het rapport dat de controle en opsporing van fraude snel op orde moet worden gebracht, waarbij de zorgverzekeraars meer bevoegdheden tot controle moeten krijgen en niet mogen worden gestraft voor het uitvoeren van goede controles. Er zou scherper moeten worden gekeken naar aanbieders die nieuw op de zorgmarkt gaan opereren. Daarnaast zou de regelgeving verduidelijkt kunnen worden, terwijl het zou helpen als consumenten meer inzicht krijgen in de zorgdeclaratie. Ten slotte zou de verplichting voor zorgverzekeraars om niet gecontracteerde zorg te vergoeden, moeten vervallen.

Het Samenvattend rapport brengt de NZa jaarlijks in het voorjaar uit. Het heeft een smaller blikveld dan het tussenrapport «Onderzoek zorgfraude». De NZa kijkt terug naar de wijze waarop *zorgverzekeraars* twee jaar daarvoor (in casu: 2012) de *Zvw* hebben uitgevoerd. Met name gaat het daarbij om de vraag of zij in voldoende mate de juistheid hebben gecontroleerd van de declaraties van zorgaanbieders waarop de risicovereveningsbijdrage is gebaseerd. Omdat de NZa terugkijkt naar 2012 heeft zij in het rapport niet de verbeteringsacties mee-genomen die de zorgverzekeraars in 2013 zijn gestart en die nu nog doorlopen. De bevindingen in het rapport zijn voor een groot gedeelte ook opgenomen in het tussenrapport «Onderzoek zorgfraude» en hierboven al aan de orde gekomen. In aanvulling daarop geeft de NZa in het rapport nog een oordeel over de juistheid van de financiële verantwoordingen van zorgverzekeraars die zij in 2013 heeft ontvangen. Het totaal van nog niet gecorrigeerde onjuistheden en onzekerheden in de kosten van 2012 die de zorgverzekeraars onder de risicoverevening hebben gebracht, bedragen ongeveer € 273 miljoen. Deze moeten door de zorg-verzekeraars uiterlijk in de verantwoording 2014 zijn opgelost en verwerkt.

Onder het voorbehoud van afronding van de statistische steekproeven meen ik in navolging van de bevindingen van de NZa, dat het CAK de werkzaamheden in het kader van CER in 2012 op goede wijze heeft uitgevoerd.

#### *Aanbevelingen van de NZa en acties die al lopen*

De NZa verwacht van de zorgverzekeraars dat zij hun controles op een hoger peil brengen. Het gaat daarbij om zowel de controles op de formele voorwaarden (Is het toegepaste tarief juist? Is de zorg conform wetenschap en praktijk? En is de eventueel vereiste verwijzing/ machtiging aanwezig?) als om de controles op de materiële voorwaarden (Is de zorg daadwerkelijk geleverd? Is de zorg naar aard en inhoud redelijkerwijs aangewezen?). De NZa constateerde over 2012 nog tekortkomingen bij de controles van zorgverzekeraars. Zo hebben maar drie van de elf zorgverzekeraars in dat jaar een voldoende gescoord voor de uitvoering van hun controles. Bij acht van de zorgverzekeraars waren de controles dus ondermaats: een onacceptabel aantal. De NZa heeft een aantal handhavings-maatregelen genomen, waaronder het geven van aanwijzingen. Mede als reactie hierop hebben de zorgverzekeraars en hun koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland inmiddels in 2013 een aantal verbeteracties in gang gezet, die de komende periode resultaten moeten gaan opleveren. De kernthema's daarbij zijn: signalen beter afwickelen, meer samenwerking tussen zorgverzekeraars, implementatie van moderne technieken zoals datamining, en uitbreiding van capaciteit. De NZa volgt, als toezichthouder, de vooruitgang op deze punten op de voet. Daarnaast zal in het kader van het project Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD) gekeken worden of de aanbevelingen die vooral betrekking hebben op verbeterpunten voor de zorgverzekeraars, kunnen worden doorvertaald naar concrete aanbevelingen voor de zorgaanbieders (ziekenhuizen) zodat deze in het kader van IKCD ook gezamenlijk kunnen worden opgepakt. In dat kader verwijs ik u naar mijn brief van 2 februari 2014 (Kamerstuk 32 620, nr. 108) waarin ik heb aangekondigd dat het Ministerie van VWS en NZa in overleg met alle betrokken veldpartijen en accountants een traject starten met als doel het verbeteren van de werking van de hele keten van (declaratie)regelgeving, declaratie en registratie, verantwoording en controle.

Verder meldt de NZa dat verruiming van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te controleren op onrechtmatigheid en frauduleus gedrag een positief effect zal hebben. Ik onderzoek daarom welke ruimte er is om, met inachtneming van de regelgeving rond privacybescherming en het medisch beroepsgeheim, de controle-mogelijkheden van zorgverzekeraars te vergroten.

Met de voorgestelde wijziging van art 13 van de Zvw krijgen zorgverzekeraars de mogelijkheid om verschillende polissen te maken met verschillende restitutie-percentages voor niet-gecontracteerde zorg. Beter dan nu kunnen zorg-verzekeraars vergoeding van zorg door kwalitatief matige of dubieuze zorgaanbieders daarmee buiten de deur houden.

De zorgaanbieders moeten volgens de NZa, in samenwerking met de zorg-verzekeraars, hun administratie, registratie en interne controles verbeteren zodat er niet meer onjuist wordt gedeclareerd. De koepels van zorgaanbieders zijn bezig de bewustwording van hun leden op dit punt te vergroten door hen hierover beter te informeren. Ook is er met Zorgverzekeraars Nederland een convenant gesloten over de inrichting van de AO/IC bij zorgaanbieders. Daarnaast wordt de ggz-factuur inzichtelijker voor de zorgverzekeraars door vermelding van de gegevens van ondermeer de zorgvraagzwaarte, het hoofdbehandelaarschap, en de

verwijzing. Bovendien wordt de productstructuur voor de gespecialiseerde ggz verbeterd.

Daarnaast meent de NZa dat de controle op zorgaanbieders die nieuw op de zorg-markt willen gaan opereren, moet worden verscherpt. Dit jaar start de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) met een pilot om nieuwe toetreders intensiever en sneller (binnen vier weken na de start van de zorgverlening) te controleren. Ook de zorgverzekeraars zijn momenteel bezig met het intensiveren van de screening van zorgaanbieders.

Ook zou volgens de NZa de verzekerde die zorg heeft ontvangen een prominentere rol moeten vervullen bij de controle op onrechtmatig of frauduleus gedrag van de zorgaanbieder. Ook zou het helpen als zorgdeclaraties eerder bij zorgverzekeraars worden ingediend, omdat de herinnering aan de feitelijke situatie waarin de zorg is geleverd snel vervaagd. Ik werk momenteel samen met zorgverzekeraars en zorgaanbieders aan het verbeteren van de inzichtelijkheid van de zorgdeclaratie voor verzekerden. De informatie op de zorgdeclaratie wordt uitgebreid en voor verzekerden inzichtelijk gemaakt via de «mijnomgeving» op de website van zijn zorgverzekeraar. Dit stelt verzekerden/patiënten in staat declaraties te controleren op mogelijke onjuistheden en biedt hen inzicht in de gemaakte zorgkosten. In de loop van 2014 zullen de verbeteringen zichtbaar zijn.

Verder pleit de NZa er voor dat onduidelijkheden en zogenaamde «grijze gebieden» in wet- en regelgeving zoveel mogelijk voorkomen worden. Dit geeft meer helderheid aan zorgaanbieders over wat collectief verzekerde zorg is. Daarnaast biedt het de zorgverzekeraars een scherpe basis om contractuele afspraken over te maken met de zorgaanbieders en kan de naleving van die afspraken beter worden gecontroleerd. Er lopen diverse initiatieven in het veld om de wet- en regelgeving voor dit doel tegen het licht te houden. Zo is de zogenaamde «fraudetoets» ingevoerd. In beginsel worden alle nieuwe wet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen getoetst op fraudegevoeligheden voordat deze worden ingevoerd. Ook wordt nagegaan of definities eenduidig, helder en duidelijk afgebakend zijn. Waar nodig zal de ontwerpregelgeving naar aanleiding van de resultaten van de fraudetoets worden aangepast. Daarnaast zal onduidelijkheid over de declaratieregels zo spoedig mogelijk door de NZa in samenwerking met het veld moeten verdwijnen. Daartoe zal een werkplan moeten worden opgesteld met een tijdspad.

Ten slotte gaan de NZa en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid hun toezichts- en opsporingsactiviteiten verder intensiveren en uitbreiden. Hiervoor heeft het kabinet extra geld beschikbaar gesteld: vanaf 2014 gaat het om € 5 miljoen. Vanaf 2015 wordt dit bedrag structureel verhoogd tot € 10 miljoen per jaar.

### *Conclusie*

De rapporten zijn een tussenstand en geven een indicatie van de huidige risico's op onregelmatigheden en fraude in de zorg. Onrechtmatig en frauduleus gedrag moet met kracht worden bestreden. Onduidelijkheden in de declaratieregels of anderszins moeten zo spoedig mogelijk worden verholpen om vergissingen of verschrijvingen te voorkomen. De urgentie hiervan wordt door alle betrokken (keten)partijen onderschreven. De acties die zij inmiddels individueel en gezamenlijk in dit kader ondernemen zijn een goede aanzet. Ik juich deze initiatieven toe, maar merk ook op dat we er nog niet zijn. Samen met de betrokken partijen wil ik een versnelling en een verdieping van de activiteiten realiseren. Hierbij

moeten de partijen zowel individueel vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid in het zorgstelsel, als gezamenlijk in de keten hun activiteiten intensiveren. Ik zal dit komende tijd in overleg met de betrokken partijen waar nodig stimuleren en faciliteren.

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