

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport
De heer mr. A.J. de Geus
Postbus 20350
2500 EJ 's GRAVENHAGE

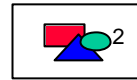
Utrecht, 24 maart 2003
Uw brief van: 14 februari 2003
Uw kenmerk: Z/VU-2358280
Ons kenmerk: WV/mt/A/03/040
Behandeld door: mevr. mr.dr.s. W. Vermeulen Naayen
Doorkiesnr: 030 296 81 85
Afdelingsfax:
E-mail:
Onderwerp: frauderisicoanalyse

Mijnheer de Minister,

Met een brief van 14 februari 2003, kenmerk Z/VU-2358280, verzocht u het College tarieven gezondheidszorg (CTG) om aan de Economische Controledienst (FIOD/ECD) een opdracht te verlenen om een frauderisicoanalyse uit te voeren op het terrein van de zorgaanbieders (de instellingen en de individuele beroepsbeoefenaren). Hierbij treft u de rapportage aan van de frauderisicoanalyse die vanwege de breedte van het onderwerp een gezamenlijk product is geworden van de FIOD/ECD en het CTG (bijlage).

Het College wil door middel van deze aanbiedingsbrief een aantal punten uit de rapportage graag in dit stadium alvast onder uw aandacht brengen. Het College heeft verder vernomen dat het de bedoeling is dat deze rapportage tegelijk met de rapportages van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) en van de auditdienst van het Ministerie van VWS en voorzien van een algemeen commentaar van de heer prof. dr. R.J. van der Veen, op of rond 28 maart door u aan de Tweede Kamer gezonden zal worden. Het CTG kan alle bij dit dossier behorende stukken derhalve pas bespreken in zijn vergadering van 14 april. Het CTG sluit niet uit dat het College alsdan een uitgebreidere reactie rondom dit onderwerp aan u zal richten.

In de eerste plaats wil het College benadrukken dat het CTG een tarievenorgaan is, geen toezichtorgaan. Anders dan bij het CTZ staat de 'T' in CTG niet voor 'Toezicht', maar voor 'Tarieven'. Het CTG wordt geacht evenwichtige tarieven vast te stellen voor zorgaanbieders, onder meer om te komen tot een eerlijke verdeling van middelen in de gezondheidszorg en ter beheersing van de kosten in de gezondheidszorg. De FIOD/ECD is met name de organisatie die ingevolge de WTG is belast met het toezicht op en de handhaving van de verbodsbepalingen in de WTG. Het aantal mensen dat hiervoor beschikbaar is bij de FIOD/ECD is echter nooit zeer omvangrijk geweest. Bovendien wordt de FIOD/ECD geacht met diezelfde capaciteit ook de beleidsonderzoeken te verrichten waartoe het CTG de FIOD/ECD opdracht geeft.



briefnummer:

Verder wil het College erop wijzen dat voor de vraag welke mogelijkheden er zijn om fraude te plegen en voor de vraag welk risico er bestaat dat er ook daadwerkelijk fraude wordt gepleegd, van groot belang is welke regelgeving van toepassing is. Een gesloten systeem, zoals het budgetsysteem, biedt weinig kans voor zorgaanbieders om fraude te plegen. Bijvoorbeeld het declareren van te hoge tarieven heeft in een dergelijk systeem weinig nut. Dat is echter anders naarmate systemen meer in de richting gaan van prestatiegerichte bekostiging (aanvullende inkomsten, wachtlijstafspraken, DBC's, maximumtarievenssystematiek). Bij beleidskeuzes voor wat betreft de regelgeving is voor het CTG het beleid dat de overheid nastreeft in belangrijke mate richtinggevend. De taak van het CTG is daarbij slechts aan u te signaleren in welke mate eventuele nieuwe regelgeving uitvoerbaar en controleerbaar moet worden geacht.

Het CTG acht het verder voor de mogelijkheid tot detectie van fraude van essentieel belang dat er betere administratievoorschriften voor zorgaanbieders komen. Tot op heden is van de mogelijkheden die artikel 2a van de WTG biedt om administratievoorschriften vast te stellen, vrijwel geen gebruik gemaakt. Het College heeft echter begrepen dat het in uw bedoeling ligt om de mogelijkheden te verruimen bij de Renovatie van de WTG.

Een belangrijk instrument bij de controle op de juistheid van financiële gegevens zijn de accountantscontroles en de daarop gebaseerde verklaringen. Het verdient aanbeveling ook in die sfeer meer duidelijkheid, uniformiteit en transparantie te bewerkstelligen in wat accountants wel en niet (kunnen) controleren en welke betekenis accountantsverklaringen nu precies wel en niet hebben.

Ten slotte wil het College benadrukken dat is gebleken dat het voor de handhaving van de WTG geen goede zaak is als van overheidszijde in een vroeg stadium wordt aangekondigd dat bepaalde zorgaanbieders buiten de werkingssfeer van de WTG gebracht zullen worden, maar dat de daadwerkelijke besluitvorming daarover vervolgens jarenlang wordt uitgesteld. Dit leidt tot een leemte in de mogelijkheid om de WTG met succes te handhaven en dus ook tot een verhoging van het risico dat in strijd met wet- en regelgeving wordt gehandeld. Gedoeld wordt hiermee op het reeds lang bestaande voornemen om te komen tot beperking van de reikwijdte van de WTG.

Hoogachtend,

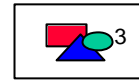
College tarieven
gezondheidszorg

drs. A.L.M. Barendregt,
algemeen secretaris

drs. R.L.J.M. Scheerder,
voorzitter

Kopie aan:

- de heer dr. R.J. van der Veen (VWS)
- de heer drs. H.R. Hurts (VWS)
- de heer mr. H.J. Haverkamp (FIOD-ECD)



briefnummer:

Rapportage van de Belastingdienst/FIOD-ECD en het CTG over de zorgfraude

1. Inleiding

In de rapporten "Zorg om zorgfraude" van de Fraude-unit Oost en "Reden tot zorg" van CMC/T11 in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland, wordt gewag gemaakt van fraude in de zorgsector met een grote variëteit aan fraudevormen. In de media is ruim aandacht besteed aan de rapporten, mede omdat er volgens de rapporten mogelijkwijze grote sommen geld gemoeid zijn met de fraude in de zorg. Naar aanleiding van deze berichtgeving is er in de Tweede Kamer op 5 februari jongstleden een debat gevoerd over fraude in de zorg. Tijdens dit zorgfraudedebat heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de Tweede Kamer toegezegd dat er op korte termijn een risico-analyse gemaakt zou worden van de mogelijkheden tot fraude in de zorgsector.

Bij brief van 14 februari 2003 verzoekt de Minister het College tarieven gezondheidszorg (CTG) om in samenspraak met de FIOD-ECD een analyse uit te voeren van de fraudemogelijkheden op het terrein van de zorgaanbieders, te weten instellingen en individuele beroepsbeoefenaren, op grond van bestaand materiaal. Hierna heeft het CTG de FIOD-ECD opdracht gegeven om in nauwe samenwerking met het CTG de risico-analyse uit te voeren.

Hierbij treft u onze rapportage aan. Eerst wordt er kort geschetst welke wetgeving hierbij van belang is en de rol van het CTG en de FIOD-ECD hierin, waarna er feitelijk wordt ingegaan op de frauderisico-analyse.

2. Taken van CTG en FIOD-ECD

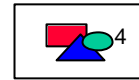
Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) is een op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) ingesteld zelfstandig bestuursorgaan. De taken van het CTG bestaan uit het vaststellen van beleidsregels en het op basis van die beleidsregels vaststellen van tarieven voor zorgaanbieders ('organen voor gezondheidszorg'). Dit betreft zowel instellingen als vrije beroepsbeoefenaren. Verder heeft het CTG tot taak om desgevraagd de Minister van VWS te rapporteren over de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid met betrekking tot tarieven op het gebied van de gezondheidszorg. En tenslotte kan het College ook gevraagd dan wel ongevraagd signaleringen aan de Minister van VWS uitbrengen over feitelijke ontwikkelingen op het terrein van de tarieven voor de gezondheidszorg.

De doelstellingen van de WTG zijn:

- Het tot stand brengen van een evenwichtig stelsel van tarieven;
- Het bijdragen aan de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg;
- Het bijdragen aan het doelmatig functioneren van de gezondheidszorg;
- Het scheppen van een uniforme procedure voor de totstandkoming van tarieven.

In de WTG zijn verbodsbepalingen opgenomen voor het in rekening brengen van een tarief dat niet overeenkomstig de WTG is goedgekeurd of vastgesteld door het CTG. Deze verboden gelden voor alle zorgaanbieders die, ingevolge het Besluit werkingssfeer WTG, vallen onder de reikwijdte van de WTG.

Uit de hiervoor genoemde taken van het CTG blijkt dat het CTG primair een tarievenorgaan is (de T in CTG staat voor tarieven en niet voor toezicht). Het CTG stelt immers voor de diverse zorgaanbieders tarieven (budgetten) vast op basis van door het CTG vastgestelde en door de Minister van VWS goedgekeurde beleidsregels.



briefnummer:

In het vierde en vijfde hoofdstuk van de WTG zijn in aanvulling op deze kerntaak van het CTG nog nadere regels gesteld over het verstrekken van gegevens en is ook het toezicht op de naleving van de wet geregeld. Op grond van artikel 30 van de WTG en het Besluit gegevensverstrekking WTG zijn zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars verplicht (desgevraagd) aan het CTG, de Minister van VWS en/of de FIOD-ECD gegevens te verstrekken die voor een goede uitvoering van de WTG nodig zijn (zie verder taken FIOD-ECD m.b.t. het verzamelen van beleidsinformatie). Verder is in de artikelen 31 tot en met 34 van de WTG het toezicht op de naleving van de wet geregeld. Op grond van de Regeling aanwijzing toezichthouders WTG is de FIOD-ECD als zodanig als toezichthouder aangewezen. Daarnaast zijn bepaalde personen van het CTG en het Ministerie van VWS aangewezen als toezichthouders¹. Door deze toezichthouders kunnen onder andere alle gegevens gevraagd worden voor zover die redelijkerwijs nodig zijn voor de vervulling van de taak van toezichthouder (zie verder taken FIOD-ECD toezicht en opsporing).

De FIOD-ECD is wat betreft het toezicht in het kader van de WTG en de opsporing van strafbare feiten dienaangaande de partner van het CTG, waarbij het CTG de positie van opdrachtgever inneemt en de FIOD-ECD opdrachtnemer is.

Op het terrein van de WTG heeft de FIOD-ECD drie taken: 1) het verzamelen van beleidsinformatie, 2) toezicht en 3) opsporing.

1. Beleidsinformatie

Beleidsinformatie bedoeld in artikel 30 WTG, juncto het Besluit gegevensverstrekking wordt door de FIOD-ECD verzameld in opdracht van het CTG. Hierbij gaat het om informatie die nodig is voor het vaststellen van tarieven of beleidsregels of om inzicht te verkrijgen in de effecten van het gevoerde beleid. Het CTG formuleert jaarlijks onderzoekopdrachten voor deze onderzoeken. Het onderwerp van de onderzoeken wordt jaarlijks vooraf, in onderling overleg bepaald en is gericht op het verzamelen van informatie ten behoeve van het te voeren beleid. De onderzoeken vinden plaats bij een groep zorgaanbieders. De nadruk ligt bij deze onderzoeken niet op controle van de naleving van de wet.

2. Toezicht

Het toezicht op grond van artikel 31 en verder, WTG is gericht op naleving van de WTG. De informatie die uit de toezichtonderzoeken komt, is essentieel voor de uitvoering van de taken van het CTG. Bij brief van 10 februari 2000 heeft VWS daarom het CTG aangewezen als opdrachtgever voor de FIOD-ECD ten aanzien van het toezicht.

Het CTG formuleert in dit kader jaarlijks enkele onderzoekopdrachten die door de FIOD-ECD binnen een beroepsgroep of groep soortgelijke instellingen onderzocht worden. Dit leidt tot een eindrapportage waarin een beeld geschetst wordt van de naleving van de WTG op het betreffende aandachtsgebied. Tevens kan het toezichtrapport worden gebruikt voor correctie van de zorgaanbieder. De beslissing daarover ligt bij het CTG. Het wettelijke kader voor het toezicht is de Algemene wet bestuursrecht dan wel, indien er sprake is van mogelijke overtredingen, de Wet op de economische delicten (Wed)².

Zowel wat betreft de beleidsinformatie als het toezicht geldt dat het bepalen van de onderwerpen voor dergelijke onderzoeken gebeurt in nauw overleg met het Ministerie van VWS, het CTG en de FIOD-ECD. Voor de opsomming van de opdrachten, zie paragraaf 8.

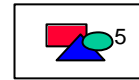
3. Opsporing

Ten slotte maakt de FIOD-ECD in voorkomende gevallen proces-verbaal op tegen overtreders van voorschriften van de WTG. Dit proces-verbaal wordt aan het Openbaar Ministerie aangeboden.

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft bij de aanwijzing van de FIOD-ECD als toezichthouder aangegeven dat zij de voorkeur geeft aan toezicht houden

¹ Artikel 1 van de Regeling aanwijzing toezichthouders WTG

² de artikelen 2, 17b, 17f, 30 en 34 van de WTG



briefnummer:

boven opsporing, zodat er geen actief opsporingsbeleid bestaat ten aanzien van declaratiefraude door zorgaanbieders. De aantekening moet hierbij worden gemaakt dat deze afspraak niet schriftelijk is vastgelegd. Het wettelijke kader voor de opsporing is de Wet op de economische delicten (Wed)³, dan wel het Wetboek van Strafvordering.

De fraudebestrijding wordt wel beschouwd als de ultieme vorm van toezicht, in die zin dat de opsporing voortvloeit uit het toezicht en geen doel op zich is. In het kader hiervan is met het OM voor de jaren 2001 en 2002 afgesproken dat twee vervolgingswaardige zaken worden aangeleverd. Voor 2003 is afgesproken dat de FIOD-ECD tien vervolgingswaardige zaken zal aanleveren. Deze intensivering vloeit mede voort uit de Fraudenota 2002-2006

Bronnen voor onderzoek

Jaarlijks wordt, in overleg tussen VWS, het CTG, het OM en de FIOD-ECD bepaald welke (object gerichte) beleids- en toezichtonderzoeken worden ingesteld. Daarnaast vinden er ook subject gerichte onderzoeken plaats. Deze vinden hun oorzaak in klachten van patiënten, de Inspectie voor de Gezondheidszorg of zorgverzekeraars. Deze klachten worden voornamelijk ingediend bij VWS, het CTG en de FIOD-ECD. Over de behandeling van deze klachten vindt overleg plaats tussen VWS, het OM, het CTG en de FIOD-ECD. Een nadere specificatie van de onderzoeken staat uitgewerkt in de paragrafen 8, 9 en 10.

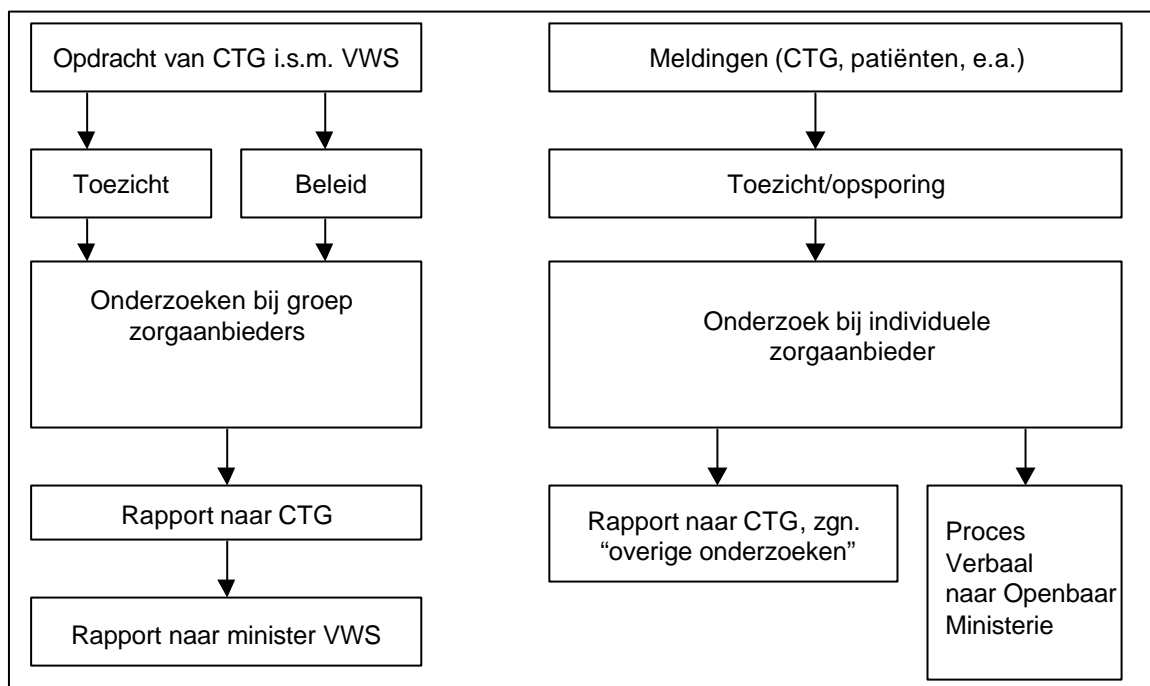
Beschikbare capaciteit

De capaciteit van de FIOD-ECD is in overleg met het Ministerie van VWS bepaald op twaalf medewerkers (fte's). De inzet van deze medewerkers is als volgt: acht medewerkers zijn fulltime bezig met onderzoeken in het veld. Twee medewerkers houden zich bezig met de voor- en nabewerking van de onderzoeken en de begeleiding van de onderhanden projecten en verder is er een flexibele inzet van medewerkers als het gaat om beleids- en toezichtonderzoeken zoals die jaarlijks zijn afgesproken tussen het Ministerie van VWS, het CTG en de FIOD-ECD.

De beschreven handhavingsinspanningen van de FIOD-ECD leiden tot een aantal producten, zoals toezichtrappen en processen verbaal. Hieronder wordt schematisch weergegeven welke producten volgen uit de taken van de FIOD-ECD en daarnaast wordt aangegeven wat er aansluitend met de producten gebeurt.

Werkstroomschema:

³ de artikelen 2, 17b, 17f, 30 en 34 van de WTG



De linkerkolom beslaat de onderzoeksopdrachten die het CTG jaarlijks in overleg met VWS definieert. Deze aandachtsgebieden zijn gericht op een deel van de (uitvoering) van de WTG of de tariefbeschikkingen op basis van de WTG en worden uitgevoerd in het kader van toezicht of het verzamelen van beleidsinformatie. Deze onderzoeken worden gedaan onder een aantal zorgaanbieders en monden uit in een rapportage met algemene conclusies ten aanzien van de onderzoeksvraag.

De rechterkolom betreft het traject van de meldingen die door het CTG, patiënten of bijvoorbeeld zorgverzekeraars bij de FIOD-ECD worden gedaan over individuele zorgaanbieders. Deze meldingen worden nagetrokken en naar aanleiding van de uitkomst van het onderzoek vindt al dan niet doorzending naar het Openbaar Ministerie plaats. Als een strafrechtelijk onderzoek wordt ingesteld vindt hierover van te voren overleg plaats met het Openbaar Ministerie, tenslotte is zij de leider van het onderzoek. Indien er een proces-verbaal wordt opgemaakt, houdende het feit dat er een strafbaar feit is geconstateerd wordt dit niet aan het CTG gestuurd. Het CTG wordt hierover wel geïnformeerd.

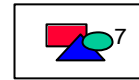
Jaarlijks worden er in het Handhavingsarrangement met het CTG, VWS en het Openbaar Ministerie, op basis van de beschikbare capaciteit, zoals eerder beschreven, afspraken gemaakt over de aantallen rapporten en processen-verbaal die zullen worden opgemaakt. De gemaakte keuzes worden jaarlijks in onderling overleg vastgesteld, zoals weergegeven in paragraaf 2.

Deze afspraken worden gemaakt om verschillende redenen. De eerste reden is dat het Openbaar Ministerie door deze afspraken bij de capaciteitsplanning rekening kan houden met de zaken van de FIOD-ECD. Hierdoor wordt voorkomen dat een proces verbaal eventueel niet in behandeling genomen kan worden door een capaciteitsgebrek bij het Openbaar Ministerie. De tweede reden is dat het de opdrachtgevers de mogelijkheid geeft om keuzes te maken over de inspanningen van de FIOD-ECD gegeven de bestaande handhavingscapaciteit. Het zijn variabele afspraken waarvan kan worden afgeweken, maar dat gebeurt uitsluitend in gezamenlijk overleg.

3. Opbouw rapport

Het vervolg van dit rapport is opgebouwd rondom een viertal vragen dat door VWS is gedefinieerd en aan de hand waarvan een beeld geschetst zal worden over de ingeschatte fraudemogelijkheden op declaratiefraude door zorgaanbieders. Deze vragen luiden:

1. *Welke risico-analyses zijn er uitgevoerd? (identificatie)*
2. *Welke preventieve maatregelen zijn er getroffen om risico's te voorkomen? (preventie)*



briefnummer:

3. *Welke maatregelen zijn er getroffen om fraude of pogingen daartoe te detecteren? (detectie)*
4. *Welk beleid wordt er gevoerd indien fraude wordt geconstateerd? (afdekken)*

In deze rapportage zal als eerste een beschrijving van verschillende bekostigingssystemen worden gegeven (§4). Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de fraudemogelijkheden die zich naar de mening van de FIOD-ECD en het CTG mogelijkwijs voordoen binnen de WTG (§5). Daarna zal gerapporteerd worden welke maatregelen er zijn getroffen om fraudemogelijkheden te voorkomen (§6). Vervolgens wordt er gekeken naar de manieren waarop fraude gedetecteerd wordt (§7, §8 en §9). Daarna wordt ingegaan op de vraag welk beleid er wordt gevoerd als er fraude wordt geconstateerd (§10). Daarna volgt een schematische weergave van een frauderisicomodel (§11). Dit rapport wordt afgesloten met conclusies (§12). Daarbij dient vooraf al in gedachten te worden gehouden dat eventuele conclusies uit de praktijkschets niet kunnen worden doorgetrokken naar de gehele zorgsector, aangezien de uitgevoerde controles niet representatief zijn. Daar zijn twee redenen voor. Ten eerste komt als gevolg van de grootschalige onderzoeken de focus op één groep van zorgaanbieders te liggen. Daarnaast is wat betreft de subjectonderzoeken de situatie dat er veel klachten binnenkomen over zorgaanbieders die in de eerstelijns hulpverlening werkzaam zijn. Bijvoorbeeld huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten. Het feit dat het merendeel van de klachten hen betreft zegt niets over de frauderisico's voor deze groepen van zorgaanbieders. Er kan derhalve geen oordeel worden gegeven over de frequentie en de omvang van fraude in de zorgsector.

4. Systeembeschrijvingen

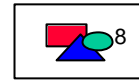
Inleiding

In deze rapportage wordt ingegaan op fraudemogelijkheden en de risico's daarop, gezien vanuit de aanbodkant. Om een en ander begrijpelijker en inzichtelijker te maken voor de lezer, wordt in deze paragraaf allereerst een globale beschrijving gegeven van de verschillende bekostigingssystemen die in de zorgsector op basis van de WTG worden gehanteerd. Deze bekostigingssystemen liggen niet vast in de WTG zelf, maar in de beleidsregels die het CTG op basis van de WTG heeft vastgesteld en die door de Minister van VWS zijn goedgekeurd. Beleidsregelvoorstellen kunnen komen van de Minister van VWS, van aanbiderszijde, van verzekeraarszijde of op initiatief van het CTG zelf. De voorstellen worden allereerst besproken in de zogenoemde kamers van het CTG, waarin alle partijen vertegenwoordigd zijn. Vervolgens gaan de voorstellen, voorzien van de standpunten van de partijen, naar het College die daarover een besluit neemt. De tarieven en budgetten worden op basis van de door het CTG vastgestelde en door de Minister goedgekeurde beleidsregels vastgesteld. Dat gebeurt op verzoek van partijen of in sommige gevallen ambtshalve door het CTG. Tarieven worden niet in de kamers van het CTG besproken.

In deze paragraaf wordt ingegaan op drie bekostigingssystemen: de budgetsystematiek (voor gebudgetteerde instellingen), de lumpsumhonorering (voor medisch specialisten) en de maximumtarieven systematiek (voor de vrije beroepsbeoefenaren en niet gebudgetteerde instellingen zoals ZBC's). Meer informatie over de verschillende systemen dan hierna beschreven is ook te vinden op de website van het CTG: www.ctgzorg.nl. In de bijlagen I en II bij dit rapport is een overzicht gegeven van aantallen instellingen en beroepsbeoefenaren en aantallen afgegeven tariefbeschikkingen. Deze tabellen zijn afkomstig uit het jaarverslag 2001 van het CTG.

Budgetsystematiek en modernisering cure en care

Voor de gebudgetteerde instellingen gold tot voor een paar jaar geleden, een gesloten budgetstelsel. Onder gebudgetteerde instellingen vallen zowel AWBZ-instellingen zoals verpleeghuizen en verzorgingshuizen, als de ziekenhuizen. Dit stelsel is ontwikkeld in de jaren tachtig om de kosten in de gezondheidszorg in de hand te kunnen houden.



briefnummer:

In de beleidsregels voor de gebudgetteerde instellingen zijn bepaalde parameterbedragen opgenomen. Dat zijn standaardbedragen, bijvoorbeeld per bed of per inwoner in een verzorgingsgebied (capaciteitsparameters) of per verpleegdag of opname (productieparameters). Bij toepassing van de beleidsregels op een bepaalde instelling, leidt dit, te samen met de productieafspraken (dat is bijvoorbeeld het aantal opnames) die de verzekeraar en de instelling met elkaar maken, tot een individueel budget voor iedere instelling afzonderlijk. De verzekeraar en de aanbieder dienen (over het algemeen) gezamenlijk hun budgetaanvraag bij het CTG in. Het CTG stelt dit budget vervolgens vast en geeft een tariefbeschikking af. Het budget vormt voor de instelling de aanvaardbare kosten in een bepaald jaar (inputbekostiging).

Het CTG stelt verder jaarlijks de Tarieflijst Instellingen vast. Daarin is opgenomen voor welke prestaties welke tarieven in rekening gebracht kunnen worden. De opbrengsten die door het in rekening brengen van die tarieven worden gegenereerd, 'vullen' als het ware het budget. Uit het budget verminderd met de beoogde opbrengsten uit de gedeclareerde tarieven, wordt het verpleegtariaf per instelling berekend. Dit verpleegtariaf is derhalve een individueel sluitariaf om het individuele budget 'rond' te krijgen.

In dit systeem geldt voor het desbetreffende jaar 'budget is budget'. Als in enig jaar blijkt dat de kosten hoger over lager uitvallen dan de aanvaardbare kosten (lees: het budget), wordt het meerdere of mindere verrekend in de Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK). Deze RAK kan positief of negatief zijn. Als in enig jaar de opbrengsten hoger of lager zijn, wordt dat in een volgend jaar verrekend in het sluitariaf, het verpleegtariaf.

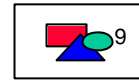
Het voorstaande is, zoals gezegd, de beschrijving van het gesloten budgetsysteem zoals dat tot voor een aantal jaren heeft gewerkt. Daarbij was het vooraf duidelijk wat de kosten van een instelling in een jaar zouden zijn. De eerste opening in dit gesloten systeem werd eind jaren negentig aangebracht door de zogenoemde 'aanvullende inkomsten'. Bepaalde opbrengsten behoeften niet meer ter dekking ('vulling') van het budget te worden ingebracht. Later werd bij de wachtlijstaanpak het gesloten budgetsysteem nog verder losgelaten: voor bepaalde prestaties waarvoor wachtlijsten bestonden, ging het 'boter bij de vis principe' werken. Daarbij geldt dat wat werkelijk geleverd is, ook betaald wordt: prestatiebekostiging (outputbekostiging).

Het voorgaande betekent dat er thans sprake is van een combinatie van een budgetsysteem en elementen van prestatiebekostiging. Zowel voor de budgetsysteematiek als voor de modernisering in cure en care die in het systeem worden aangebracht, geldt dat voor het CTG het beleid dat de overheid nastreeft, in belangrijke mate richtinggevend is. Het CTG rekent het wel tot zijn taak te waarschuwen voor eventuele uitvoerbaarheid en controleerbaarheid, maar het beleid van de overheid is uiteindelijk bepalend.

Lumpsumsystematiek

Halverwege de jaren negentig heeft de Minister van VWS, om de stijging van het aantal gedeclareerde verrichtingen van medisch specialisten te begrenzen en om een einde te maken aan de problemen die dit gaf voor de budgetten van de ziekenhuizen, besloten om te starten met een lumpsumhonorering van de medisch specialisten (ook wel het honorariumbudget genoemd). Hierna waren de medisch specialisten altijd verzekerd van een vast inkomen en werd de druk op meer kosten voor het ziekenhuis als gevolg van meer verrichtingen door medisch specialisten (om meer inkomen te genereren) beperkt. Aan deze lumpsum waren echter wel voorwaarden verbonden.

- Het lokaal initiatief wat voor een lumpsum in aanmerking komt bestaat uit drie partijen: medisch specialisten, het ziekenhuis en de verzekeraars.
- In principe dienden alle (poort)specialismen aan een lumpsum/lokaal initiatief mee te doen.
- De medisch specialisten en maatschappen dienen ieder jaar hun behaalde omzet op te geven. Deze behaalde omzet dient gelijk te zijn aan de belastingaangifte, hierover later in deze brief meer.



briefnummer:

In vrijwel alle ziekenhuizen werd door de medisch specialisten samen met het ziekenhuis en de verzekeraars een lokaal initiatief gestart. Het jaar 1995 was het startjaar van de lumpsumsystematiek. Om de hoogte van het lumpsumbudget vast te stellen moest de omzet van een basisjaar worden opgegeven, zoals die per specialisme behaald was met verrichtingen bij ziekenfonds en particuliere patiënten. Voor het merendeel van de lokaal initiatieven is 1994 het startjaar geweest. Om de medisch specialisten deze lumpsum te geven vindt er voor ieder jaar afzonderlijk een verrekening plaats met de feitelijk gedeclareerde omzet via de verrichtingentarieven. De afrekening van het geconstateerde verschil vindt plaats via de verpleegdagprijs.

Maximumtarievenssystematiek

De beleidsregels die het CTG vaststelt voor vrije beroepsbeoefenaren, leiden tot vaststelling door het CTG van collectieve landelijke maximumtarieven. Zo zijn er maximumtarieven voor huisartsen, specialisten, apothekers en fysiotherapeuten etc. Deze maximumtarieven zijn voor het hele land gelijk. De tariefaanvragen bij het CTG worden gedaan door de organisaties van aanbieders en de organisaties van verzekeraars en dus niet, zoals bij de instellingen, door individuele zorgaanbieders. Op plaatselijk niveau worden tussen de individuele beroepsbeoefenaren en de verzekeraars de feitelijk te hanteren tarieven afgesproken, welke tarieven niet hoger mogen zijn dan het maximumtarief. Het plaatselijk overeengekomen tarief hoeft bij de maximumtarieven systematiek niet meer door het CTG te worden vastgesteld, zoals bij de budgetsystematiek wel het geval is. De formule waarmee maximumtarieven voor vrije beroepsbeoefenaren worden berekend, is in beginsel vrij eenvoudig: (het norminkomen + de normkosten) gedeeld door de normatieve werkbelasting. Die normatieve werkbelasting kan op verschillende manieren bij verschillende beroepsbeoefenaren worden uitgedrukt in prestatie eenheden die een vrije beroepsbeoefenaar in normale werktijd in een jaar kan doen. Zo is bij de apothekers bijvoorbeeld het aantal receptregels maatgevend. Bij verloskundigen is het aantal bevallingen maatgevend, bij huisartsen het aantal ziekenfondspatiënten en/of het aantal particuliere consulten en bij fysiotherapeuten het aantal zittingen dat ze op jaarbasis kunnen doen.

Bij de maximumtarievenssystematiek is alleen sprake van een overtreding van de WVG, als gedeclareerd wordt boven het vastgestelde maximum of als gedeclareerd wordt voor prestaties waarvoor geen tarief is aangevraagd en vastgesteld. Indien verzekeraar en individuele beroepsbeoefenaren afspraken voor tarieven onder het maximum hebben gemaakt, zal de verzekeraar zelf moeten controleren of de beroepsbeoefenaar zich aan die afspraak houdt.

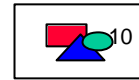
5. Risico-analyse

In 2001 is een begin gemaakt met het opstellen van een rechtshandhavingsmodel, waarin op basis van een theoretische exercitie en ervaringen van het CTG en de FIOD-ECD een inschatting van de fraudemogelijkheden is gemaakt. Dit model is inmiddels grotendeels afgestemd met VWS, het CTG en het Openbaar Ministerie. In het kader van dit model is een inschatting gemaakt van de fraudemogelijkheden die zich kunnen voordoen binnen de WVG.

De volgende (object)fraudemogelijkheden kunnen zich voordoen:

- declareren van consulten terwijl er geen tarief voor dergelijke consulten door het CTG is goedgekeurd of vastgesteld;
- declareren van bedragen die hoger zijn dan de goedgekeurde maximumtarieven;
- dubbel declareren van tarieven;
- declareren van tarieven in combinaties van verrichtingen die niet zijn toegestaan;
- het niet verstrekken van gegevens ter zake van goedkeuring en vaststelling van een tarief ; (kan een signaal voor een fraudemogelijkheid zijn)
- declareren van verrichtingen welke niet verricht zijn;
- het niet verstrekken van inlichtingen; (kan een signaal voor een fraudemogelijkheid zijn)

- onjuiste registratie van zorgzwaarte dan wel 'upgrading' van verrichtingen door instellingen;
- onjuiste registratie van productie/wachlijstproductie door instellingen;
- onjuiste registratie van aanvullende inkomsten door instellingen;



briefnummer:

- onttrekking collectief gefinancierd eigen vermogen ten behoeve van bijv. zwartbouw;
- opbrengsten niet inbrengen ter financiering van lumpsum of budget.

De fraudemogelijkheden zijn verschillend voor de diverse soorten zorgaanbieders. De zorgaanbieders kunnen worden onderverdeeld in vrije beroepsbeoefenaren en instellingen. Binnen de categorie instellingen kan weer worden onderscheiden tussen de gebudgetteerde en de niet-gebudgetteerde instellingen.

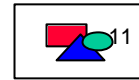
Bij de vrije beroepsbeoefenaren bestaan de fraudemogelijkheden met name bij de declaratie. Het declareren van tarieven leidt bij de vrije beroepsbeoefenaren immers direct tot inkomsten. Dit geldt overigens ook voor de niet gebudgetteerde instellingen zoals bijvoorbeeld de zelfstandige behandelcentra. Bij gebudgetteerde instellingen zullen veelal de ten onrechte genoten inkomsten (die ter dekking van het budget worden geboekt) in de volgende budgetperiode worden gecorrigeerd. Een gebudgetteerde instelling heeft alleen baat bij te hoge declaraties of declaraties voor niet verrichte prestaties als de opbrengst niet ter dekking van het budget behoeft te worden geboekt.

Daarnaast is van belang dat de fraudemogelijkheden ten aanzien van subjecten (zie verder § 10 arrangementszaken) jaarlijks kunnen verschillen. Oorzaken hiervoor zijn onder meer beleidswijziging binnen beroepsgroepen en instellingen en niet verrekenende kostenontwikkelingen. Tarieven dienen uiteraard wel adequaat te zijn. De neiging om opzettelijk foutief te declareren en aldus de WTG te overtreden, zal groter zijn, naarmate de tarieven als minder adequaat worden beschouwd.

Ook de voorgenomen reikwijdtebeperking van de WTG heeft direct gevolgen voor de handhaving van de WTG. Het voornemen bestaat om binnen afzienbare tijd een aantal groepen zorgaanbieders de vrijheid te geven hun eigen tarieven te bepalen. Het wordt lastig om overtreders te vervolgen als zij, tegen de tijd dat het proces gevoerd zou worden, niet meer onder de WTG vallen en dus onder het huidige recht niet meer strafbaar zijn. Rechtbanken veroordelen niet vaak plegers van overtredingen die inmiddels niet meer strafbaar zijn, zodat het geen zin heeft deze groepen te verbaliseren. Met het uitblijven van een definitieve beslissing van de overheid over de beperking van de reikwijdte van de WTG ontstaat er voor deze groepen een mogelijkheid om onder het huidige recht fraude te plegen. Het OM zal immers niet snel overgaan tot actie bij overtredingen van zorgaanbieders ten aanzien van welke aanbieders het voornemen bestaat deze uit de werkingssfeer van de WTG te halen dan wel bij tariefsovertredingen bij voorgenomen vrij te stellen prestaties.

6. Preventie

Bij de formulering van de WTG-beleidsregels en tarieflijsten wordt zoveel mogelijk getracht de fraudemogelijkheden te beperken. Dat gebeurt onder meer door zo eenduidig mogelijke (begrips)omschrijvingen. Duidelijk is echter dat fraudemogelijkheden op deze manier nooit volledig kunnen worden uitgebannen. Hierbij speelt een rol dat beleidsregels in eerste instantie bedoeld zijn voor de onderbouwing van tarieven en niet voor het voorkomen van fraude. Naarmate in de beleidsregels om beleidsmatige redenen ervoor wordt gekozen de vrijheid voor lokale partijen te vergroten en naarmate het budget steeds minder als kostenplafond fungeert (boter bij de vis), zullen de fraudemogelijkheden bijvoorbeeld toenemen (zie (object)risico's). Ook geldt in beginsel hoe gedetailleerder de regelgeving (bijv. differentiatie naar zorgzwaarte) hoe groter de fraudegevoeligheid. Zorgverzekeraars en zorgkantoren zullen in veel gevallen niet daadwerkelijk (kunnen) nagaan of een bepaalde zorgprestatie terecht in rekening wordt gebracht. Dit kan door de patiënt zelf worden gecontroleerd, maar deze ziet in veel gevallen de facturen niet. Het zou daarom aanbeveling verdienen om zorgaanbieders, gelijktijdig met de verzending van een factuur aan een zorgverzekeraar, een kopie van de declaratie ter informatie aan de betreffende patiënt te laten sturen dan wel de patiënt inzage te geven in de rekening of in de registratie (in de AWBZ). Hierbij dient wel te worden opgemerkt dat een systeem waarbij de patiënt inzicht krijgt in de nota die rechtstreeks naar de zorgverzekeraar wordt gestuurd, een grote administratieve inspanning (en de daarmee samenhangende kosten) zal veroorzaken. De bureaucratie zal toenemen en er is een verzwaring van de administratieve lasten.



briefnummer:

7. Detectie: Algemene opmerkingen over administratieve verplichtingen.

Door het ontbreken van een administratievoorschrift voor de zorgaanbieders in de WTG is het niet altijd mogelijk eventuele overtredingen of onregelmatigheden te signaleren. De geschiedenis van de handhaving van de WTG heeft de onmisbaarheid van dergelijke voorschriften aangetoond. Ook de ziektekostenverzekeraars hebben behoefte aan een deugdelijke administratie bij zorgaanbieders. De Minister van VWS heeft thans op grond van artikel 2a van de huidige WTG de bevoegdheid om administratievoorschriften te geven. De Minister kan hierbij tevens regels stellen betreffende het door organen voor gezondheidszorg bekend maken van tarieven en het specificeren van op verrichte prestaties betrekking hebbende rekeningen. Tot nog toe heeft de Minister van deze bevoegdheid echter geen gebruik gemaakt. Daaraan zou wel uitvoering gegeven dienen te worden. Het voornemen bestaat (Renovatie WTG) de WTG te voorzien van een algemene administratie- en boekhoudverplichting.

Kanttekening bij de te verwachten effecten van het voorschrijven van administratie/ declaratievoorschriften vormt nog het feit dat in diverse sectoren (bijv. bij AWBZ-instellingen) de patiënten zelf geen inzicht in de rekening dan wel in de registratie krijgen. Controle van de patiënt of de gedeclareerde verrichting feitelijk is uitgevoerd of er sprake is van een dubbele declaratie etc. wordt daarmee bemoeilijkt. Ook een verplichting tot publicatie van de tarieven zou een bijdrage kunnen leveren in de transparantie en daarmee de controleerbaarheid.

Een belangrijk instrument bij de controle op de juistheid van financiële gegevens zijn de accountantscontroles en de daarop gebaseerde verklaringen. Het verdient aanbeveling ook in die sfeer meer duidelijkheid, uniformiteit en transparantie te bewerkstelligen in wat accountants wel en niet (kunnen) controleren en welke betekenis accountantsverklaringen nu precies wel en niet hebben.

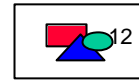
8. Detectie: Toezicht- en beleidsonderzoeken in opdracht van het CTG

Vanaf 2001 is, in samenwerking met CTG en VWS op een gestructureerde wijze invulling gegeven aan de objectonderzoeken.

Tot dit jaar was dat minder het geval. De onderzoeken voor 2001 zijn veelal ad hoc onderzoeken .

Voor 2001 zijn de volgende onderzoeken uitgevoerd:

- het declaratiegedrag van longartsen die buiten een ziekenhuis werkzaam waren. De uitkomst van dit onderzoek was dat zij de tariefbeschikkingen over het algemeen goed uitvoeren.
- Het declaratiegedrag van tandartsen. Ook hier was de conclusie dat de tariefbeschikkingen goed werden uitgevoerd.
- Thuiszorginstellingen, mede naar aanleiding van publiciteit hierover. In de thuiszorginstellingen is een zogenaamd vrij vermogen en vermogen dat bedoeld is voor de thuiszorg. In de publiciteit werd aandacht besteed aan het fenomeen dat verliezen geleden op activiteiten die werden gefinancierd vanuit het vrije vermogen werden afgewenteld op het vermogen dat bedoeld is voor de thuiszorg. Uit onderzoek is hiervan niet gebleken.
- Ook werden onderzoeken ingesteld bij een rug adviescentrum. Dit onderzoek is op verzoek van het ministerie van VWS niet voortgezet in verband met een onderzoek door het Platform Aanpak Wachttijden. De centrale vraag was hierbij of de werkzaamheden onder de reikwijdte van het WTG vallen.
- Logopedisten. De vraagstelling was of zij twee keer een tarief in rekening brachten als de behandeling een uur duurde. Dit bleek slechts in een enkel geval voor te komen.
- Huisartsen met betrekking tot de declaratie bij verwijzingsconsulten fysiotherapie. Ze voldeden aan de regelgeving .



briefnummer:

- Orthodontisten. Het betrof hier een onderzoek naar het declaratiegedrag. Dit was goed.
- De rol van factormaatschappijen en clearinghouses. Doel van het onderzoek was om duidelijk te krijgen of zij controles uitvoerden op de uit te brengen rekeningen. Dit was het geval.

In 2001 en 2002 zijn twee rapporten gepubliceerd met betrekking tot toezicht- en beleidsonderzoeken:

1. Onderzoek bij verzekeraars naar controles op de juistheid van declaraties van aanbieders
Dit onderzoek heeft geleid tot het rapport "Intentie tot preventie". De vraagstelling van dit onderzoek luidde: "In welke mate en op welke wijze vindt er door de ziektekostenverzekeraars controle plaats op de juistheid en de regelmatigheid van de ingediende declaraties?" Door middel van mondelinge interviews werd onder 20 zorgverzekeraars informatie verzameld over deze vraag.

Geconcludeerd werd dat zorgverzekeraars met name investeren in methoden van foutenherkenning bij de invoer van declaraties, maar dat er geen cijfers voorhanden waren over het aantal gesignaleerde gevallen van fraude of de omvang ervan.

2. Onderzoek naar zelfstandige behandelcentra (zbc's).
Dit onderzoek heeft geleid tot het rapport "ZBC's". Bij 40 zbc's (totale populatie) is door middel van een enquête informatie verzameld. Het onderzoek was erop gericht om inzicht te verkrijgen in de werkwijze van de zbc's en de naleving van de WTG-voorschriften door zbc's in het algemeen. De achtergrond van dit onderzoek was dat de zbc's vanaf 2000 zijn aangewezen als orgaan voor de gezondheidszorg, zodat zij vanaf dat moment moesten voldoen aan de WTG-voorschriften.

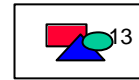
Conclusies:

- Doordat vergunningen op het tijdstip van onderzoek vaak nog niet rond waren (de regeling hiervoor was ten tijde van het onderzoek nog vrij nieuw) wordt nog veel gewerkt met de oude juridische structuur.
- in grote mate worden tarieven in rekening gebracht die hoger zijn dan maximaal toegestaan
- de stichtingsvorm wordt soms misbruikt voor het doen van uitkeringen, terwijl dit juridisch gezien niet kan
- niet toegestane tarieven worden in rekening gebracht (vooral bij oogheelkunde)

In overleg tussen VWS, het CTG, de FIOD-ECD en het Openbaar Ministerie is indertijd besloten om hieraan geen vervolg te geven omdat de regelgeving toen nog betrekkelijk nieuw was; de zbc's waren nog niet allemaal overgeschakeld. De stand van zaken met het zbc-dossier nu is, dat de Minister van VWS in september 2002 aan het CTG heeft gevraagd een kostenonderzoek bij zbc's te starten. Met een brief van 18 maart 2003 deelde de Minister echter aan het CTG mee dat een dergelijke onderzoek vooralsnog minder opportuun is geworden en dat hij over de achtergronden hiervan een brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer heeft gezonden.

Voor het jaar 2003 wordt de publicatie van de volgende rapporten verwacht:

1. Opbrengstverantwoording persoonsgebonden budgetten
2. Administratieve voorschriften geneesmiddelen ziekenhuisapotheken
3. Contacttijd (thuiszorginstelling)/Kraamzorg (relatie kraamzorginstelling en thuiszorginstelling)/ Dagverzorging voor ouderen (relatie verzorgingshuis en thuiszorginstelling)
4. Orthodontie



briefnummer:

9. Detectie: Overige onderzoeken

Met het CTG, het Openbaar Ministerie en VWS is voor zowel 2001 als 2002 de afspraak gemaakt dat naar aanleiding van de meldingen over individuele zorgaanbieders tien onderzoeken per jaar worden ingesteld. Voor 2003 is, vooruitlopend op de Fraudenota 2003-2006, afgesproken dat er twintig overige onderzoeken zullen worden ingesteld.

In de jaren 2001 en 2002 zijn in totaal 52 overige onderzoeken uitgevoerd, ingesteld na meldingen of aangiften van diverse zijden. De meeste van deze onderzoeken werden ingesteld naar de volgende delicten:

- het declareren van bepaalde nevenhandelingen terwijl deze al in de tariefbeschikking verrekend zijn bij de hoofdbehandeling;
- het dubbel declareren of meer dan volgens de tariefbeschikking is toegestaan;
- het declareren van consulten op dagen dat er geen behandeling heeft plaatsgevonden;
- het declareren van niet uitgevoerde handelingen.

Het ligt voor de hand dat dit soort signalen bij de melders eerder in het oog zullen springen dan andere, zoals het niet-verstrekken van informatie door zorgaanbieders aan patiënten, aan het CTG of aan de FIOD-ECD in het kader van het uitoefenen van toezicht. Het niet verstrekken van informatie moet worden gezien als een mogelijke indicatie voor het bestaan van fraude. Hierdoor is het mogelijk dat andere fraudemogelijkheden relatief groter zijn zonder dat de FIOD-ECD hiervan signalen ontvangt.

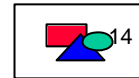
De meeste onderzoeken zijn ingesteld bij huisartsen, tandartsen en mondhygiënisten. Hieruit mag echter niet de conclusie getrokken worden dat deze beroepsgroepen een grotere fraudemogelijkheid in zich dragen. Beide beroepsgroepen behoren tot de eerstelijns hulpverlening, zodat patiënten relatief veel met deze zorgaanbieders in aanraking komen, vaker dan bijvoorbeeld met een specialist. Daarnaast betalen veel patiënten een deel van de tandartsrekening uit eigen portemonnee, waardoor zij deze facturen vaker onder ogen krijgen. Deze omstandigheden verklaren de nadrukkelijke aanwezigheid van beide groepen zorgaanbieders in de toezichtrappen die zijn opgemaakt naar aanleiding van individuele meldingen bij het CTG of bij de FIOD-ECD.

10. Afdekking: Arrangementszaken

Zowel voor 2001 als 2002 is de afspraak gemaakt met het Openbaar Ministerie dat er twee opsporingszaken zullen worden aangeleverd. Dit aantal is een uitvloeisel van de taakstelling die door VWS aan de FIOD-ECD is meegegeven. Een insteek met de nadruk op fraudebestrijding door middel van opsporing zou inhouden dat er een andere inzet van mankracht en middelen noodzakelijk is.

Een probleem met de aanpak van deze vorm van fraude is dat het moeilijk is om vast te stellen of een bepaalde handeling met opzet gepleegd is. Voor vrijwel elke zorgaanbieder gelden meerdere tariefbeschikkingen, met een aantal onderliggende beschrijvingen. Bij elke declaratie die gemaakt wordt moet er beslist worden welk tarief daarop van toepassing is. Niet alleen kan dit onderhavig zijn aan onbedoelde interpretatieverschillen (bijv. als een arts de tariefbeschikking verkeerd begrepen heeft), maar ook is het mogelijk dat er ongemerkt fouten gemaakt worden, de zogenaamde verschrijvingen. De meeste zorgaanbieders maken bovendien gebruik van een geautomatiseerd systeem waarbij zij slechts een paar gegevens op hoeven te geven en het bijbehorende tarief er door het systeem aangehangen wordt. Een klein foutje in deze gegevens kan er al toe leiden dat er een verkeerd tarief door het systeem berekend wordt hetgeen ook nauwelijks te achterhalen is voor de zorgaanbieder. Daarom kan er zonder een bekentenis nauwelijks bewezen worden dat de zorgaanbieder bewust het verkeerde tarief gerekend heeft.

De volgende vier zaken zijn in 2001 en 2002 aangeleverd bij het Openbaar Ministerie. In de eerste zaak, die van de alternatieve huisarts, is er een geldboete van f 3.000 waarvan



briefnummer:

f 1.000 voorwaardelijk, opgelegd door de rechter. In de andere zaken is er nog geen bericht ontvangen over de afloop van de zaak.

2001: Alternatieve huisarts

In 2001 werd er een proces-verbaal aan het Openbaar Ministerie aangeboden over een alternatieve genezer. Dit onderzoek werd ingesteld na een schriftelijke melding van de Inspectie voor de Gezondheidszorg Zuid Holland. Er was naar de bevindingen van de FIOD-ECD sprake van valsheid in geschrifte, doordat er consulten gedeclareerd werden op dagen dat er geen behandeling had plaatsgevonden.

2001: Tandarts

Naar aanleiding van een aangifte door een patiënt is er een onderzoek ingesteld naar het declaratiegedrag van een tandarts. Er was volgens de FIOD-ECD sprake van zowel valsheid in geschrifte, doordat er handelingen gedeclareerd waren die nooit verricht waren, als WTG-overtredingen, doordat er onrechtmatige combinaties van tarieven werden toegepast.

2002: Apotheker

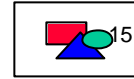
Deze zaak werd gedaan in samenwerking met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Bij de Inspectie in Noord Holland waren twee schriftelijke meldingen binnengekomen over de handelswijze en het declaratiegedrag van een apotheker. De klachten bestonden uit het ten onrechte declareren van geneesmiddelen en het zogenaamde "knippen" in recepten. De tariefbeschikking voor recepten schrijft voor dat er een vaste vergoeding per receptregel gedeclareerd mag worden. Als een recept voor een bepaalde hoeveelheid in meerdere recepten van kleinere hoeveelheden wordt "geknipt", ontstaan er meerdere receptregels waardoor er een hogere vergoeding betaald wordt voor hetzelfde recept. Daarnaast zou er sprake zijn van een aantal malversaties in de dagelijkse praktijkvoering van de apotheek die op medische gronden onaanvaardbaar was, reden waarom het onderzoek samen met de Inspectie voor de Gezondheidszorg gedaan is.

2002: Zelfstandig behandelcentrum

Dit is een vervolg op een zaak uit 1998 tegen een zelfstandig behandelcentrum. De veroordeelde is tegen de uitspraak in die zaak in hoger beroep gegaan. Enerzijds wilde het Openbaar Ministerie een aantal vragen beantwoord hebben in deze zaak en daarnaast waren er nog nieuwe klachten binnengekomen. De klachten hadden betrekking op het in rekening brengen van facilitaire kosten naast het tarief dat het CTG vastgesteld heeft en waarin de facilitaire kosten al verrekend zijn.

11. Tenslotte

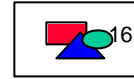
In deze paragraaf wordt een overzicht gegeven van fraudemogelijkheden in een frauderisico-model. Het ingevulde frauderisico-model treft u hierna aan. Het model is uitgesplitst in een frauderisico-model voor de vrije beroepsbeoefenaren en de niet-gebudgetteerde instellingen en een model voor de gebudgetteerde instellingen. Hierbij dient de volgende opmerking gemaakt te worden. In het werkveld van de WTG wordt in kolom 1 aangegeven welke handeling wordt verricht. Deze handeling heeft een aantal gevolgen, deze zijn in de volgende kolommen uitgewerkt. De kolommen moeten niet worden gelezen op regelniveau maar als één geheel. Bijvoorbeeld bij tabel I: in kolom mogelijkheden tot beheersing worden een aantal mogelijkheden tot een betere beheersing genoemd. Deze mogelijkheden zijn toepasbaar op de kolom fraudemogelijkheden in die zin dat één mogelijkheid tot beheersing toepasbaar is op meerdere fraudemogelijkheden. In de kolom 'Problemen en knelpunten bij beheersing en controle' verwijzen de nummers naar de nummers in de kolom 'Mogelijkheden tot beheersing/controle'.



briefnummer:

TABEL I Frauderisicomodel: vrije beroepsbeoefenaren en niet-gebudgetteerde instellingen

Handeling/Actie	Systeem	Fraudemogelijkheden	Impact/ Schade	Mogelijkheden tot beheersing/ controle	Problemen en knelpunten bij beheersing en controle
Declareren van tarieven door zorgaanbieders	Het CTG stelt (maximum)tarieven vast voor alle zorgaanbieders (instellingen en vrije beroepsbeoefenaren) die onder de WTG vallen. Het is op grond van de artikelen 2 en 17b van de WTG voor deze zorgaanbieders verboden Tarieven in rekening te brengen, die niet overeenkomstig de WTG zijn goedgekeurd of vastgesteld. Bij sommige niet-gebudgetteerde instellingen (zoals bijvoorbeeld bij de huisartsen dienstenstructuren) of bekostigingsstructuren (zoals de lumpsumfinanciering van medisch specialisten) worden de tarieven die het CTG vaststelt afgeleid van een exploitatiebeoordeling. Deze exploitatiebeoordeling moet voorzien zijn van een goedkeurende accountantsverklaring.	<ul style="list-style-type: none"> • Declareren van tarieven die niet door het CTG zijn goedgekeurd of vastgesteld; • declareren van tarieven die hoger zijn dan het (maximum)-tarief dat door het CTG is vastgesteld; • het dubbel declareren van tarieven. Hieronder valt bijvoorbeeld ook het knippen van recepten door apothekers; • declareren van tarieven in combinaties van verrichtingen die niet zijn toegestaan; • declareren van tarieven voor verrichtingen/prestaties die niet zijn verricht. • het niet toepassen van de voorwaarden voor een tarief (module) • het niet verstrekken van inlichtingen 	Over de (potentiële) schade en de omvang daarvan zijn weinig concrete gegevens voorhanden. Dit hangt samen met de afspraak dat de nadruk van het handhavingsbeleid van de FIOD-ECD ligt op het houden van toezicht en het verzamelen van beleidsinformatie. De FIOD-ECD kan op grond van (meerdere) klachten van patiënten, zorgverzekeraars, CTG e.a. een onderzoek verrichten bij bepaalde zorgaanbieders. Conform de afgesproken capaciteit gebeurt dit niet grootschalig (zie onder meer paragrafen 9 'overige onderzoeken' en 10 'arrangementszaken')	<ol style="list-style-type: none"> 1. goede controle van declaratie door verzekeraars; 2. adequate invulling WTG-rol door verzekeraars; 3. vaker uitvoeren van een toezichtonderzoek door de FIOD-ECD n.a.v. klachten en meldingen; 4. het tot stand brengen van administratievoorschriften ingevolge artikel 2a van de WTG (tot op heden zijn alleen de adm. voorschriften farmaceutische hulp geregeld); 5. het formuleren van duidelijke WTG-beleidsregels en (maximum)tarieven; 6. het verstrekken van een kopie van de declaratie aan de patiënt dan wel de patiënt inzage in de declaratie geven; 7. zorgaanbieders verplichten tot publicatie van de tarieven (in aanvulling op 6); 8. duidelijke accountantscontroles en verklaringen 	<p>ad. 2. computersystemen moeten dermate flexibel zijn dat ze de wensen van verzekeraars kunnen accommoderen.</p> <p>ad. 3. * <i>de afgesproken capaciteit bij de FIOD-ECD en het OM is beperkt.</i> * bij controles bij zorgaanbieders wordt al snel het beroepsgeheim/ de privacy aan de orde gesteld; * bepaald onderzoek is soms minder gewenst vanwege de politieke gevoeligheid (bijv. ZBC-onderzoek). De ZBC's worden door de politiek als wachtlijstoplossers immers positief benaderd. Zie verder paragraaf 8); * de voorgenomen reikwijdte-beperkingen van de WTG frustreren de handhaving van de WTG (zie ook paragraaf 5);</p> <p>ad. 4 administratievoorschriften zijn tot op heden niet geëffectueerd en belemmeren de controle mogelijkheden. Overigens is een concepttekst aanpassing WTG in voorbereiding waarbij de mogelijkheid van het stellen van administratievoorschriften wordt vergemakkelijkt;</p> <p>ad. 5 het is onmogelijk alle mazen van het tarievennet te dichten. Via de WTG-procedure kunnen zorgaanbieders, verzekeraars, CTG en de Minister van VWS hiertoe het initiatief nemen. Fraudebestrijding is hierbij niet de eerste prioriteit en de inhoudelijke belangen van de diverse partijen kunnen verschillen waardoor gewenste wijzigingen uitblijven;</p> <p>ad. 8 hierbij zou meer duidelijkheid, uniformiteit en transparantie verkregen moeten worden in hetgeen accountants wel en niet (kunnen) controleren en wat accountantsverklaringen wel en niet betekenen.</p>



briefnummer:

TABEL II Frauderisicomodel: gebudgetteerde instellingen

Handeling/Actie	Systeem	Fraudemogelijkheden	Impact/ Schade	Mogelijkheden tot beheersing/ controle	Problemen en knelpunten bij beheersing en controle
<p>* Indienen van een tarief/ budgetverzoek of een verzoek tot nacalculatie door een zorgaanbieder en verzekeraar bij het CTG;</p> <p>*Declareren van tarieven door zorgaanbieders.</p>	<p>Het CTG stelt voor gebudgetteerde instellingen op verzoek van de zorgaanbieder en de verzekeraar jaarlijks een budget vast. Verder stelt het CTG voor de instellingen tarieven vast. Het is ingevolge artikel 2 van de WTG voor deze zorgaanbieders verboden een tarief in rekening te brengen, dat niet overeenkomstig de WTG is goedgekeurd of vastgesteld. Door de Modernisering van de AWBZ en de Cure is de laatste jaren in toenemende mate bij de gebudgetteerde instellingen sprake van een open eind regeling (bijvoorbeeld t.a.v. de wachtlijstafspraken)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • onjuiste registratie van zorgzwaarte dan wel 'upgrading' van de verrichtingen; • onjuiste hantering van zorgzwaarte of andere budgetparameters; • onjuiste registratie van productie/ wachtlijstproductie; • onjuiste registratie van aanvullende inkomsten; • onttrekking van collectief gefinancierd eigen vermogen ten behoeve van bijv. zwartbouw; • opbrengsten niet inbrengen ter financiering van lumpsum of budget; • declareren van tarieven voor prestaties die niet zijn verricht; • declareren van een tarief dat niet overeenkomstig de WTG is goedgekeurd of vastgesteld. 	<ul style="list-style-type: none"> • niet beoogde budgetstijging die ten koste kan gaan van andere instellingen; • zolang sprake was van volledig gebudgetteerde instellingen met een 'vast' plafond, was het meer of minder genereren van opbrengsten geen groot probleem, omdat evt. meeropbrengsten bij de nacalculatie werden gecorrigeerd. In dat systeem konden alleen bij de zogenoemde aanvullende inkomsten (mits de opbrengst niet ter dekking van het budget werd geboekt) en bij de lumpsumverantwoordelijkheid (opbrengsten niet ter dekking van de lumpsum) extra middelen worden gegenereerd. Naarmate met de Modernisering van de AWBZ en de Cure het budgetplafond in toenemende mate verdwijnt en plaats maakt voor het 'boter bij de vis'-principe, neemt de prikkel om meer opbrengsten te realiseren toe en daarmee de kans dat bewust onjuist gedeclareerd wordt. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. goede controle van declaratie door verzekeraars/ zorgkantoor; 2. adequate invulling WTG-rol door verzekeraars; 3. vaker uitvoeren van een toezichtonderzoek door de FIOD-ECD n.a.v. klachten en meldingen; 4. duidelijke accountantscontroles en verklaringen; 5. het tot stand brengen van administratievoorschriften ingevolge artikel 2a van de WTG; 6. het formuleren van duidelijke en eenduidig toepasbare WTG-beleidsregels en tarieven; 7. het verstrekken van een kopie van de declaratie aan de patiënt dan wel de patiënt inzage in de declaratie te geven; 8. zorgaanbieders verplichten tot publicatie van de tarieven (in aanvulling op 7). 	<p>ad. 3. de afgesproken capaciteit bij de FIOD-ECD en het OM is beperkt.</p> <p>ad. 4 hierbij zou meer duidelijkheid, uniformiteit en transparantie verkregen moeten worden in hetgeen accountants wel en niet (kunnen) controleren en wat accountantsverklaringen wel en niet betekenen;</p> <p>ad. 5 administratievoorschriften zijn tot op heden niet geëffectueerd en belemmeren de controlemogelijkheden. Ook het feit dat patiënten in diverse sectoren (bijv. AWBZ) geen rekening ontvangen frustreert de controle;</p> <p>ad. 6</p> <ul style="list-style-type: none"> • het is onmogelijk en soms ongewenst alle mazen van het tarievennet te dichteren. Via de WTG-procedure kunnen zorgaanbieders, verzekeraars, CTG en de Minister van VWS hiertoe het initiatief nemen. Fraudebestrijding is hierbij niet de eerste prioriteit. Bovendien kunnen de inhoudelijke belangen van de diverse partijen verschillen, waardoor gewenste wijzigingen uitblijven; • het beleid is momenteel gericht op beleidsregels die rekening houden met zorgzwaarte en dergelijke. (bijv. DBC's). Dergelijke beleidsregels zijn minder eenduidig, waardoor het risico van onbedoelde effecten toeneemt.

12. Conclusies

De vragen die ten grondslag lagen aan dit rapport waren:

1. Welke risico-analyses zijn er uitgevoerd?
2. Welke preventieve maatregelen zijn er getroffen om de risico's te voorkomen?
3. Welke maatregelen zijn er getroffen om fraude of pogingen daartoe te detecteren?
4. Welk beleid wordt er gevoerd indien fraude wordt geconstateerd?

Er is geen risico-analyse uitgevoerd met betrekking tot fraude in de enge zin van het woord. Dit houdt verband met de taakstelling op het gebied van de WTG, waarbij de nadruk ligt op het houden van toezicht en het verzamelen van beleidsinformatie, beide in opdracht van het CTG. Hierdoor heeft de FIOD-ECD geen zicht op de omvang en de aard van de fraudemogelijkheden op declaratiefraude door zorgaanbieders. Desondanks kan er een inschatting gemaakt worden van de fraudemogelijkheden die door de WTG opgeroepen worden. Deze liggen vooral op het terrein van het declareren van meer of anders dan toegestane tarieven. Een signaal hierbij is het niet leveren van inlichtingen indien daarom gevraagd wordt. Daarnaast wijzen het CTG en de FIOD-ECD nog op een fraudemogelijkheid veroorzaakt door het ontbreken van administratievoorschriften waardoor controle van de gevoerde administratie bemoeilijkt wordt. Dit probleem zou kunnen worden verholpen door toepassing van artikel 2a van de WTG dan wel door aanpassing van de WTG met betrekking tot administratievoorschriften.

In het kader van preventie tracht het CTG bij de formulering van de WTG-beleidsregels de fraudemogelijkheden zoveel mogelijk te beperken. Het CTG geeft aan dat de fraudemogelijkheden toenemen naarmate er meer vrijheden in beleidsregels worden verwerkt. Hetzelfde geldt voor de steeds gedetailleerdere regelgeving: ook deze ontwikkeling biedt steeds meer mogelijkheden voor frauduleus handelen. Om preventie te vergroten verdient het aanbeveling om de patiënt in alle gevallen inzage in de registratie te geven (AWBZ) dan wel de rekening te laten zien, hetzij een kopie ter informatie, hetzij alleen inzage te geven. De patiënt is soms de enige die kan controleren of een bepaalde prestatie terecht in rekening is gebracht. Dit zal echter wel veel administratieve lasten met zich mee kunnen brengen.

De FIOD-ECD voert jaarlijks een aantal toezicht- en beleidsonderzoeken uit, aan de hand van onderzoeksopdrachten gedefinieerd door het CTG. Daarnaast worden elk jaar minimaal tien onderzoeken ingesteld naar aanleiding van meldingen door patiënten, het CTG, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en anderen. Ook deze onderzoeken vormen een detectiebron voor eventuele fraude.

Als er fraude wordt geconstateerd, wordt er proces-verbaal opgemaakt dat aan het Openbaar Ministerie wordt aangeboden. Jaarlijks worden er afspraken gemaakt over de hoeveelheid processen-verbaal die dat jaar zullen worden ingeleverd. Dit leidt ertoe dat er in de capaciteitsplanning van het Openbaar Ministerie rekening kan worden gehouden met deze zaken, zodat er ruimte bestaat om ze in behandeling te nemen. Deze afspraken zijn richtinggevend in die zin dat er meer processen-verbaal kunnen worden ingeleverd dan vooraf is afgesproken.

BIJLAGE I

Overzicht aantallen vrije beroepsbeoefenaren, macrokosten en tariefbeschikkingen 2001 (uit: Jaarverslag CTG 2001)

	Aantal extramuraal werkende decla- rerende beroeps- beoefenaren (±)	Macrokosten 2001 (x € miljard)	Aantal beschikkingen ⁴⁾
Kamer IV			
Verloskundigen	950	0,09	2
Fysiotherapeuten	11.500	0,73	1
Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck	1.750	0,04	1
Logopedisten	1.800	0,05	1
Subtotaal	16.000	0,91	5
Kamer V			
Huisartsen	7.000	1,24	3
Apotheekhoudende huisartsen	700	3,76 ¹⁾	1
Apothekers	1.570		1
Tandartsen	7.300	1,18	3
Kaakchirurgen	200	0,07	1
Orthodontisten	250	0,11	1
28 medisch specialismen	7.000	1,26	1 ⁵⁾
Psychiaters	1.200	0,06	1
Subtotaal	25.220	7,68	12
Tandheelkundige instellingen	30 ⁶⁾	0,01	30
Instellingen voor jeugd tandverzorging	10 ⁶⁾		10
Gezondheidscentra/samenwerkings- verbanden huisartsen	160 ⁶⁾	– ^{2a)}	5 ³⁾
Lokale initiatieven:			
· ziekenhuizen	120 ⁶⁾	– ^{2b)}	120 x 4 ^{2c)}
· extramuraal	2	– ^{2b)}	2 x 4 ^{2c)}
· psychiaters	22	– ^{2b)}	22 x 4 ^{2c)}
Totaal Kamer IV en V	41.564	8,6	518

¹⁾ Waaronder € 3,06 miljard kosten geneesmiddelen (inclusief BTW)

^{2a)} Kosten vallend onder huisartsenhulp, fysiotherapie, verloskunde

^{2b)} Kosten vallend onder medisch specialistische hulp respectievelijk psychiaters

^{2c)} Elk initiatief kent voor elk jaar een lumpsumberekening, een voorschot op de verrekening, een voorlopige verrekening en een definitieve verrekening.

³⁾ Circa vijf samenwerkingsverbanden hebben een individuele, aanvullende kostenvergoedingsregeling met een beoordeling per jaar. De gezondheidscentra hebben een aanvullende subsidie via het CVZ.

⁴⁾ Voor een aantal beroepsgroepen vinden soms meer tariefwijzigingen per jaar plaats, bijvoorbeeld door het toevoegen van nieuwe verrichtingen of structuurwijzigingen.

⁵⁾ Met ingang van 1 januari 1997 is er een tariefbeschikking die betrekking heeft op alle specialismen (behalve psychiaters) en die betrekking heeft op ziekenfonds- en niet-ziekenfondspatiënten. De tariefmutaties kunnen wel per specialisme verschillen.

⁶⁾ Dit betreft het aantal instellingen en niet het aantal vrije beroepsbeoefenaren.

BIJLAGE II

Overzicht afgegeven tariefbeschikkingen en tariefadviezen instellingen 2001

(uit: Jaarverslag CTG 2001)

	Aantal *	Waarvan individueel **
--	-----------------	-----------------------------------

Tariefbeschikkingen

Kamer I

Ziekenhuizen, FB	429	253
Ziekenhuizen, niet-FB	32	25
Academische ziekenhuizen	17	17
Epilepsiecentra	9	6
Revalidatiecentra	90	18
Ambulancevervoer	275	142
Centrale posten ambulancevervoer	100	47
Samenwerkingsverbanden	18	18

Subtotaal (Kamer I)	970	526
---------------------	-----	-----

Kamer II

Verpleeghuizen	1.845	588
Verzorgingshuizen	4.201	569
Kruisorganisaties	3	3
Provinciale entadministraties	42	20
Instellingen voor thuiszorg (art. 15 Besluit zorgaanspraken)	545	120
Instellingen voor ouder- en kindzorg en dieetadvisering	175	27
Instellingen die niet onder de WTG vallen	20	20

Subtotaal (Kamer II)	6.831	1.347
----------------------	-------	-------

Kamer III

Psychiatrische ziekenhuizen	321	213
Voorzieningencentra	17	17
Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	458	304
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	32	32
RIAGG's	88	88
RIBW's	154	115
Dagverblijven voor gehandicapten	354	354
Gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten	629	629
Instellingen voor semi-murale gehandicaptenzorg	624	424

Sociaal-pedagogische diensten	110	47
Subtotaal (Kamer III)	2.787	2.223
Totaal beschikkingen	10.588	4.096

Tariefadviezen

Kamer II

Instellingen voor gezinsverzorging	2	2
Verzorgingshuizen	112	72

Kamer III

Sociaal-pedagogische diensten	74	11
Totaal adviezen	188	85

* Dit is het aantal tariefbeschikkingen dat in totaal via centrale rondes en individuele tariefberekeningen is afgegeven.

** Dit is het aantal tariefbeschikkingen die individueel zijn berekend.