

Vergaderjaar 2013–2014

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 57

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 28 maart 2014

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 16 september 2013 inzake de Eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg (Kamerstuk 28 828, nr. 50).

De op 15 november 2013 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de Minister bij brief van 28 maart 2014 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

Adjunct-griffier van de commissie,
Sjerp

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding. Genoemde leden hebben nog een aantal vragen en opmerkingen.

De Minister kondigt aan dat VWS gedurende een proefperiode financiële middelen beschikbaar stelt voor het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB). Dit om te bezien of de gezamenlijke werkwijze een verbetering van de aanpak van zorgfraude oplevert. De proefperiode loopt tot ultimo 2014. Kan nader worden toegelicht welke resultaten geboekt dienen te worden om te spreken van een succesvolle of verbeterde samenwerking? Hoe en wanneer worden deze resultaten gemeten? Wat zijn de gevolgen voor de financiering en het voortbestaan van het Expertisecentrum als deze resultaten niet worden geboekt? Wat zijn de gevolgen voor de financiering en het voortbestaan van het Expertisecentrum als deze resultaten wel worden geboekt?

De Minister geeft aan dat het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) «meer en meer» inzet op face-to-face indicatiestelling, wat niet alleen meer passende indicaties lijkt op te leveren, maar ook zorgt voor het afschrikken van potentiële fraudeurs. Kan de Minister deze drie stellingen feitelijk en cijfermatig onderbouwen:

- Het «meer en meer» inzetten op face-to-face indicatiestelling
- Het opleveren van meer passende indicaties
- Het afschrikken van potentiële fraudeurs vanwege deze face-to-face indicatiestelling

Ten aanzien van de trekkingsrechten bij het persoonsgebonden budget (PGB) wordt aangegeven dat dit gefaseerd wordt ingevoerd. Doel is dat met ingang van 2015 alle budgethouders gebruik maken van de trekkingsrechten. Waarom is het niet mogelijk gebleken het trekkingsrecht per 2014 volledig in te voeren, en is een gefaseerde invoer nodig die pas per 2015 is afgerond?

Er wordt aangegeven dat de invoering van trekkingsrechten een complex traject is waar veel partijen bij betrokken zijn. Er is een stuurgroep ingericht. Wat is het doel van die stuurgroep en welke taken zal deze stuurgroep uitvoeren?

Trekkingsrechten zullen ook onderdeel zijn van de nieuwe Wmo en de nieuwe AWBZ. Verwacht de Minister dat de trekkingsrechten ook direct bij het in werking treden van deze nieuwe wetten in 2015 volledig beschikbaar zijn, gegeven het complexe traject?

De Minister is voornemens te onderzoeken of er mogelijkheden bestaan om zorgaanbieders die oneigenlijk gebruik maken van het systeem van mandatering een boete kunnen krijgen, en of de kosten van het herindiceren op de zorgaanbieder kunnen worden verhaald. Hierbij bestaat het risico dat de zorg richting cliënten geraakt wordt, afhankelijk van de manier waarop de zorgaanbieder met deze boetes om gaat. Kan de Minister bij zijn verkenning rekening houden met dit risico?

Vragen en opmerkingen van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben meerdere malen aangegeven dat zorgfraude niet acceptabel is en hard dient te worden aangepakt. Deze leden hebben dan ook met belangstelling kennisgenomen van de brief over fraudebestrijding in de zorg en hebben daarover nog enige vragen en opmerkingen.

De leden van de PvdA-fractie zijn verbaasd dat de bestrijding en aanpak van fraude niet gekoppeld is aan meetbare en concrete doelstellingen. Zij vragen waarom deze geen onderdeel vormen van de aanpak van fraude en gaan er vanuit dat deze meetbare doelen alsnog worden geformuleerd. Wanneer kunnen deze doelen aan de Kamer worden voorgelegd? Ook zouden genoemde leden graag een duidelijk tijdspad zien in deze aanpak zodat zij een beter inzicht hebben in de concrete acties en maatregelen die uit deze fraudeaanpak voortvloeien, en weten vanaf wanneer zij eerste resultaten van deze acties en maatregelen mogen verwachten.

De leden van de PvdA-fractie merken op dat veel van de in de brief gemelde plannen en voornemens reeds bekend zijn en vragen wanneer deze nu daadwerkelijk geïmplementeerd worden, of anderszins zorg gaan dragen voor een terugdringing van de fraude in de zorg. Deze leden begrijpen dat er enige tijd genomen wordt voor het vaststellen van de omvang van zorgfraude, het aanwijzen van aandachtsgebieden en het formuleren van een samenhangende aanpak, maar willen nu ook resultaten gaan zien. De aanpak van zorgfraude mag niet verzanden in beleidsmatige voornemens. Wanneer zal het beleid tot concrete en meetbare opbrengsten leiden?

De leden van de PvdA-fractie merken op dat veel zorgfraude in de hand kan worden gewerkt door het bestaan van perverse prikkels in het huidige systeem. Welke prikkels kunnen nu al worden geïdentificeerd? Zij vragen hoe deze prikkels aan zullen worden gepakt, zodat het ongewenste gedrag wat zij veroorzaken afneemt, dan wel ophoudt te bestaan. Bij de evaluatie van de aanpak van fraude in de zorg willen deze leden dan ook een overzicht van de perverse prikkels die zorgfraude en oneigenlijk gebruik bewerkstelligen en de acties die hierop ondernomen zijn. Ook willen zij bij deze evaluatie een overzicht van de wet- en regelgeving die aangepast zal moeten worden om fraude en oneigenlijk gebruik tegen te gaan.

De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd met de oprichting van het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding. Zij merken wel op dat er sinds de afsluiting van het convenant in februari 2013 reeds zes volledige maanden zijn verstreken en dat het tijd wordt dat deze projectorganisatie van start gaat met haar taak. Genoemde leden willen ten aanzien van deze projectorganisatie zo snel mogelijk een uitgewerkte heldere missie, concrete doelstellingen, te ondernemen acties en te behalen resultaat zien. Wanneer kan dit aan de Kamer worden voorgelegd?

De leden van de PvdA-fractie zijn verheugd dat in de bijlagen heldere en duidelijke definities gegeven worden. Zij vragen in hoeverre deze definities ook bekend zijn bij het veld. Genoemde leden krijgen veel signalen van zorgverleners die vrezen wanneer zij in het «grijze gebied» zoals dat ook in de brief is omschreven, iets verkeerd doen, zij direct beschuldigd zullen worden van fraude. Dit kan niet de bedoeling zijn en deze leden vragen dan ook hoe zorgverleners betrokken worden, en voorgelicht worden over de aanpak van fraude zodat zulk soort misverstanden voorkomen kunnen worden.

De leden van de PvdA-fractie gaan er vanuit dat de bestrijding van fraude in de curatieve zorg en de fraude in de langdurige zorg op elkaar afgestemd zijn en waar mogelijk logisch op elkaar aansluiten. Zij vrezen het uit elkaar gaan lopen van de fraudebestrijding in de zorg op het moment dat dit niet het geval is.

Vragen en opmerkingen van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben de brief van de Minister met belangstelling gelezen. Het oneigenlijk gebruik van zorggeld is wat deze leden betreft niet te tolereren. Zorggeld wordt opgebracht door de premiebetalen en behoort daarvoor te worden ingezet waar het voor bedoeld is: het bieden van goede zorg. Helaas moeten deze leden constateren dat een groot deel van dit geld gaat naar zaken die niets met zorg te maken

hebben. Het gaat daarbij om te hoge salarissen van zorgmanagers die menen dat het acceptabel is om premiegeld in te zetten voor een buitensporige bezoldiging. Anderzijds gaat het daarbij om fraude. Fraude in de vorm van «upcoden» maar ook fraude in de vorm van overbehandeling. Allemaal bedoeld om de omzet van de zorginstelling zoveel mogelijk te verhogen.

Het valt de leden van de SP-fractie op dat de Minister met een hele serie maatregelen komt om fraude te bestrijden. Van de inzet van een Taskforce Integriteit Zorgsector tot het toetsen van wet- en regelgeving op fraudegevoeligheid. Genoemde leden vragen wie er plaats zullen nemen in deze Taskforce. Ondanks de serie maatregelen hebben de leden van de SP-fractie de brief van de Minister met weinig voldoening gelezen. Zij merken op dat de Minister kiest voor lapmiddelen, het ware probleem pakt de Minister niet aan. Volgens deze leden zou de Minister ervoor moeten kiezen fraude bij de bron aan te pakken, alleen op die manier is een effectieve fraudebestrijding mogelijk. Die bron is te vinden in het zorgstelsel zoals dat op dit moment is ingericht. Een stelsel waarin betalen per verrichting centraal staat, een stelsel dat daarmee aanzet tot overbehandeling en fraude. Zijn de (beoogde) winstuitkering in de zorg en de fixatie op de groei van het eigen vermogen vanwege de concurrentie en onzekerheid in het stelsel geen voedingsbodem voor fraude?

Genoemde leden vragen de Minister of zij bereid is diepgravend onderzoek te doen of fraude inherent onderdeel is van het huidige zorgstelsel en of aanpassing daarvan niet noodzakelijk is om fraude effectief terug te dringen. Hoe is het gesteld met upcoding in zowel de Zorgverzekeringswet (Zvw) als de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)? Komt het fenomeen in beide stelsels voor en in welke mate? Kunt u een vergelijking maken daartussen? Uiteraard is het in aanvulling daarop nodig dat de verschillende instanties controleren op fraude en het Openbaar Ministerie vervolgt in die gevallen dat er een strafbaar feit wordt geconstateerd. Genoemde leden spreken echter de verwachting uit dat deze instanties het significant minder druk krijgen wanneer problemen bij de bron worden aangepakt, waarmee tegelijkertijd de opsporing effectiever wordt. De leden van de SP-fractie vragen de Minister of zij die verwachting deelt. Voorts vragen zij waarom de Minister uitgaat van «high trust, high penalty». Zij vragen de Minister wat haar er toe beweegt om te spreken van «high trust» gezien de omvang van de fraude die plaats vindt in een systeem dat fraude uitlokt.

De leden van de SP-fractie vragen de Minister bij welke ziekenhuizen, AWBZ-instellingen, GGZ-instellingen en zorgverzekeraars de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) invallen heeft gedaan. Zij vragen de Minister welke aanwijzingen er bestonden dat er daar sprake was van onrechtmatigheden in de declaraties. Daarnaast vragen zij op welke wijze en van wie de NZa de signalen heeft ontvangen dat er sprake was van onrechtmatigheden. Voorts vragen deze leden hoe groot de omvang van de (mogelijke) fraude is. Zij vragen een overzicht per zorginstelling met daarin opgenomen de bedragen die met de (mogelijke) fraude gemoeid zijn. Ook vragen deze leden wat de aard van de fraude is. Genoemde leden zijn ook zeer benieuwd naar de rol van de zorgverzekeraars bij deze fraudes. Zijn de zorgverzekeraars proactief opgetreden of hebben zij zoals eerder in het rapport Pincet werd geconstateerd ook in dit geval niet heel veel belang gehad bij de opsporing van de fraude. Dat brengt genoemde leden tot de vraag waar de Minister het vertrouwen in de zorgverzekeraars op baseert dat zij vanaf nu wel voortvarend aan de slag gaan met de opsporing van fraude. Deelt de Minister de visie dat een mentaliteitsomslag niet kan plaatsvinden in een zorgstelsel waar de neiging tot fraude en overbehandeling een inherent onderdeel van is? In dat kader zijn de leden van de SP-fractie zeer geïnteresseerd welke zorgverzekeraars informatieverzoeken inclusief herstelplannen hebben opgelegd gekregen van de NZa. Voorts vragen zij welke bedragen hiermee gemoeid zijn. De Minister stelt

dat partijen «geen overeenstemming konden bereiken over voorgenomen maatregelen en verbetervoorstellen», de leden van de SP-fractie vragen de Minister waar dit op vastliep. Zij vragen de Minister welke partijen het met elkaar oneens waren, om het in kaart brengen van welke partijen welk standpunt innamen en waarom zij vasthielden aan dat standpunt. Ook vragen zij de Minister te duiden waarom deze partijen zo stevig vasthielden aan de ingenomen positie. Welk belang hadden zij daarbij? Erkent de Minister dat het vreemd is zo een belangrijke werkgroep op te zetten en tegelijkertijd te accepteren dat zij niet tot een eensluidende eindconclusie kunnen komen? Gebeurt dit vaker? Welke werkgroepen/ Taskforces en mogelijk andere teams zijn er in de afgelopen jaren opgezet zonder dat zij tot een advies konden komen?

Een andere aanwijzing dat het zorgstelsel inherent fraude oproept is het feit dat er adviesbureaus bestaan die programma's leveren die upcoden in de hand werken. Bureaus die maar één doel hebben: het geven van advies waardoor ziekenhuizen hun omzet kunnen maximaliseren. De leden van de SP-fractie delen de visie van de Minister dat dat onwenselijk is maar verbazen zich erover dat de Minister hier niet de conclusie aan verbindt dat deze praktijken onmiddellijk verboden moeten worden. Zij vragen de Minister waarom zij niet ingrijpt en dergelijke bureaus wettelijk verbiedt. Daarnaast verbazen deze leden zich erover dat het bestaan van dergelijke bureaus bij de Minister niet tot de conclusie leidt dat het zorgstelsel fraude oproept. Genoemde leden vragen de Minister een verklaring te geven voor het bestaan van dergelijke bureaus. Voorts vragen zij of de invoering van de winstuitkering in de zorg voeren het gebruik van programma's die upcoden in de hand zal werken omdat het streven de omzet te maximaliseren dan nog meer centraal zal komen te staan. Heeft de Minister zicht op welke bureaus deze adviezen geven, welke mensen werken daar, wat is hun achtergrond?

De leden van de SP-fractie vinden het verstandig dat de Minister ervoor kiest om nieuwe wetten en regels te toetsen op fraudegevoeligheid. Tegelijkertijd constateren zij dat het succes van een dergelijk voorstel valt of staat met de uitwerking. Wat genoemde leden betreft zal een dergelijke toetsing moeten bestaan uit een analyse of de voorgestelde wetten en regels inherent fraude oproepen, zoals dat nu het geval is bij de zorgverzekeringswet. Wanneer dat niet gebeurt dan is een dergelijke toets van weinig waarde. Deze leden vragen de Minister te beschrijven hoe zij deze toets vorm wil geven en of zij zal analyseren of wetten en regels inherent fraude oproepen. Gaat de Minister deze toets ook toepassen op bestaande wetten en regels?

Het medisch beroepsgeheim is waardevol en beschermingswaardig. De leden van de SP-fractie willen daarom graag een nadere toelichting van de Minister wanneer het medisch beroepsgeheim kan worden doorbroken wanneer er sprake is van fraude. Hoe effectief en noodzakelijk beoordeelt zij dit middel? Genoemde leden constateren dat grootschalige fraude wordt gepleegd door zorginstellingen en bijvoorbeeld PGB-bureaus, mag dan worden verwacht dat het openbreken van het medisch beroepsgeheim in deze gevallen bijdraagt aan het opsporen van fraude? Genoemde leden merken op dat de Minister een groot vertrouwen stelt in het laten opsporen van fraude door patiënten. Deze leden hebben een groot vertrouwen in de patiënt maar achten het opsporen van fraude door patiënten niet effectief. Zij zijn van mening dat de Minister hiermee haar verantwoordelijkheid afschuift op de patiënt. Bovendien twijfelen deze leden zeer aan de effectiviteit. Het is goed als patiënten onrechtmatigheden melden maar de leden van de SP-fractie hebben sterk de indruk dat de Minister de patiënt verwacht met een opsporingsorgaan. Genoemde leden vragen de Minister hoeveel fraude er dit jaar is gedetecteerd naar aanleiding van meldingen van patiënten. Ook vragen zij de Minister hoeveel geld daarmee gemoeid is. Ook vragen zij of de capaciteit van het OM, SIOD, FIOD en rechterlijke macht voldoende capaciteit heeft.

Daarnaast vragen deze leden of het niet veel effectiever is de bevoegde organen veel harder en proactiever te laten optreden tegen fraude

Vragen en opmerkingen van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de brief en het plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg. Deze leden zijn verheugd dat het voorkomen, signaleren en aanpakken van fraude nu prioriteit heeft, maar hebben hierover nog wel een aantal kritische vragen en opmerkingen.

Genoemde leden vinden het plan van aanpak een bureaucratische moloch met een Taskforce, een Stuurgroep en een Expertisecentrum. De zorgverzekeraars zijn toch verantwoordelijk voor het opsporen van fraude. Gaat de Minister nu niet hun werk zitten doen, zo vragen deze leden.

Deelt de Minister de mening dat fraudeurs keihard aangepakt moeten worden en waar mogelijk altijd strafrechtelijk vervolgd moeten worden? Is de Minister bereid om fraudeurs extra hard aan te pakken, bijvoorbeeld door het gefraudeerde bedrag dubbel terug te vorderen? Welke mogelijkheden ziet de Minister verder om fraudeurs het leven zuur te maken? Wanneer kan de Kamer hierover voorstellen verwachten?

De leden van de PVV-fractie vinden dat de zorgaanbieder nooit de dupe mag worden van fraudeurs binnen de organisatie. Kunnen fraudeurs erop rekenen dat ze het geld uit eigen portemonnee terug moeten betalen en geen graai uit het instellingsbudget mogen doen? Hoe gaan zorgaanbieders aangepakt worden die misbruik maken van de kwetsbaarheid van mensen die AWBZ-zorg nodig hebben?

Genoemde leden willen weten hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat het plegen van fraude binnen de verschillende zorg systemen onmogelijk wordt? Hoe wordt dit per sector aangepakt en wat is het doel voor 2014, 2015, 2017 en verder? Deelt de Minister de mening van deze leden verantwoordelijk te zijn dat de systemen die gedecentraliseerd worden fraudeproof zijn? Hoe gaat dit worden aangepakt?

De leden van de PVV-fractie zijn verbaasd over de verdeling van middelen om fraude te bestrijden. Waarom wordt er 20 miljoen euro uitgetrokken om fraude met het PGB tegen te gaan, terwijl er maar 5 miljoen euro uitgetrokken wordt om alle overige fraude tegen te gaan? Hoe worden de 100 extra fte verdeeld over de cure en de care? Waarom kunt u geen targets stellen voor de opbrengst van de zorgbrede fraudeaanpak, maar wel specifiek voor de aanpak van PGB-fraude?

In de risicoanalyse wordt voorgesteld om voor zorgbestuurders een «APK-keuring» in te voeren. Betekent dit dat de Minister een bestuurders-toets in gaat voeren in de zorg? Zo nee, wat wordt dan bedoeld met «APK-keuring», kunnen deze leden hier een toelichting op krijgen?

De leden van de PVV-fractie vragen tenslotte of de Minister de aanbevelingen van het rapport *The financial cost of healthcare fraud-2011* heeft meegenomen in het plan van aanpak. Deelt de Minister de conclusies uit dit rapport? Kunnen deze leden hier een uitgebreide reactie op krijgen?

Vragen en opmerkingen van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben met belangstelling kennisgenomen van de eerste voortgangsrapportage over de aanpak van fraude in de zorg. Genoemde leden vinden het jammer dat deze maatregelen noodzakelijk zijn maar zien dat verschillende diensten voortvarend aan de slag zijn gegaan met de aanpak van fraude in de curatieve- en de langdurige zorg. Wel hebben deze leden enkele concrete vragen naar aanleiding de eerste voortgangsrapportage.

Genoemde leden merken op dat er in de brief wordt aangegeven dat door de voortdurende stijging van de zorgkosten intussen kritischer wordt gekeken naar hoe effectief en doelmatig de middelen voor zorg worden

ingezet. Dit bevreemdt deze leden. Fraude dient te allen tijde worden aangepakt en valt niet goed te praten. Er is voor genoemde leden ook een verschil tussen verspilling van zorggelden en fraude. In het laatste geval is immers sprake van opzet. Graag een reactie van de Minister hierop? Vervolgens wordt er aangegeven dat intensivering van opsporing van fraude loont.

De ervaring bij de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD) leert dat dit ook loont. Zijn er, sinds het project loopt, dan ook al (meer) fraudeurs opgespoord. Zo ja, hoeveel dan en in welke sector?

De regering is voornemens nieuwe wet- en regelgeving te toetsen op fraudegevoeligheid. Ook de fraudegevoeligheid betreffende nieuwe wetgeving bijvoorbeeld de hervorming van de langdurige zorg wordt hierop getoetst. De leden van de CDA-fractie vragen hoe dit dan precies wordt getoetst en onderzocht. Welke criteria gelden hier dan voor? Kan de Minister dit aan de hand van de fraudetoets generalistische GGZ specifiek toelichten? Worden patiënten- en cliëntenorganisaties uit de zorg hierbij ook betrokken? In verband met het voorkomen van fraude vinden deze leden het interessant om hier ook actief de patiënten- en cliënt(en)organisaties bij te betrekken. Deelt de Minister de mening dat bij fraudegevoeligheid van nieuwe wetgeving ook via de (toekomstig) patiënten en cliënten de wetgeving getoetst moet worden op zijn ingewikkeldheid? Deelt de Minister de mening dat ingewikkeldheid van wetgeving kan leiden tot verspilling in de zorg maar ook tot fraude?

Vragen en opmerkingen van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van de eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding. Naar aanleiding van de brief van de Minister en de bijgevoegde documenten hebben deze leden nog enkele vragen die zij willen voorleggen.

Genoemde leden lezen in het plan van aanpak dat het medisch beroepsgeheim geschonden mag worden wanneer er sprake is van een ernstig vermoeden van fraude. Deze leden zijn voor een strenge aanpak van fraude, maar realiseren zich dat met deze specifieke maatregel de privacy van zowel patiënt als zorgverlener in het geding komt. Deze leden vragen de Minister daarom welke criteria zij aan een «ernstig vermoeden van fraude» koppelt om daarmee eventuele willekeur door de inspectie te voorkomen.

Naar aanleiding van de bijlage: Plan van aanpak fraude in de zorg.

De leden van de D66-fractie lezen in paragraaf 2.2. verantwoordelijkheid, dat de Minister voornemens is om in de nieuwe Wmo gemeenten te verplichten om in een verordening aandacht te besteden aan de bestrijding van oneigenlijk gebruik en fraude. Beschikken gemeenten op dit moment over voldoende kennis en uitvoeringscapaciteit om fraude tegen te gaan? Gaat de Minister gemeenten ondersteunen bij het opstellen van een plan voor en de uitvoering van de fraudebestrijding? Zo ja, hoe en zo nee, waarom niet?

De leden van de D66-fractie lezen in het plan van aanpak, paragraaf 3.3.2. aanscherpen regelgeving voor meer bevoegdheden en sanctiemogelijkheden, dat het medisch beroepsgeheim geschonden mag worden wanneer er sprake is van een ernstig vermoeden van fraude. Deze leden zijn voor een strenge aanpak van fraude, maar realiseren zich dat met deze specifieke maatregel de privacy van zowel patiënt als zorgverlener in het geding komt. Deze leden vragen de Minister daarom welke criteria zij aan een «ernstig vermoeden van fraude» koppelt om daarmee eventuele willekeur door de inspectie te voorkomen.

De leden van de D66-fractie constateren in het bijgevoegde plan van aanpak, paragraaf 4.1.1. stand van zaken trekkingsrechten PGB, dat de

uitvoering van betalingsverkeer voor de trekkingsrechten aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) is gegund. Deze leden willen graag van de Minister weten waarom er in het kader van de Aanbestedingswet geen aanbesteding heeft plaatsgevonden. Waren er volgens de Minister geen gecertificeerde partijen beschikbaar die deze taak kunnen uitvoeren? Zijn de gemeenten in de vorm van Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) bij dit besluit betrokken geweest?

De leden van de D66-fractie hebben kennis genomen van de concrete plannen met betrekking tot de trekkingsrechten. Deze leden zijn van mening dat de eigen regie voor cliënten gewaarborgd moet blijven. Kan de Minister aangeven of er een evaluatie gepland staat om de resultaten van de trekkingsrechten te bekijken? Deze leden zien een toegevoegde waarde in meetbare resultaten van het nieuwe beleidsvoornemen.

De leden van de D66-fractie vernemen uit het plan van aanpak, paragraaf 4.1.2., maatregelen, om upcoding tegen te gaan. Deze leden realiseren zich dat upcoding een kwalijke zaak is die het vertrouwen in zorginstellingen niet bevordert. Deze leden constateren uit een steekproefonderzoek van CIZ dat 22% van de onderzochte indicaties te hoog was. Denkt de Minister dat het werkelijke percentage te hoge indicaties hoger ligt? Immers, gemandateerde instellingen hebben in een zekere zin de tijd gekregen om indicaties aan te passen. Deze leden vernemen graag een reactie van de Minister.

De leden van de D66-fractie zijn van mening dat het tegengaan van upcoding samenhangt met transparantie van zorgkosten. Niet alleen de inspectie, maar ook de cliënt kan door transparantie van indicatie zeggenschap en controle krijgen over zijn of haar zorgkosten. Kan de Minister deze leden toezeggen te kijken naar mogelijkheden om cliënten op die manier meer bij hun behandeling te betrekken?

De leden van de D66-fractie willen het kostenbewustzijn van zowel de patiënt als de arts vergroten. Naar aanleiding van paragraaf 4.3.3. kostenbewustzijn van patiënten, vragen deze leden hoe de Minister ervoor gaat zorgen dat voor patiënten en artsen altijd een prijslijst beschikbaar is, zoals we dat in de mondzorg al reeds kennen. Artsen dienen, naast hun prioriteit om gezondheidsklachten te genezen, meer in te zetten op het maken van keuzes in behandeling. Deze leden vragen de Minister artsen, ook de oudere generatie, meer in het proces van kostenbewustzijn mee te nemen. Hoe gaat zij dat doen?

De leden van de D66-fractie pleiten daarnaast voor meer overleg tussen patiënt en arts over de behandeling en de gemaakte kosten daarin. Hiermee beogen deze leden een zo groot mogelijke transparantie en kostenbewustzijn bij arts en patiënt. Kan de Minister zich in dit streven vinden en is zij bereid te kijken naar de mogelijkheden hiertoe?

Naar aanleiding van bijlage: Risicoanalyse Fraude in de Awbz-ZiN

Naar aanleiding van paragraaf 2.3. Onderzoeken risicogebieden en benoemen maatregelen, menen de leden van de D66-fractie dat controle op het voorkomen van fraude goed is, maar dat in zorginstellingen tevens sprake zou moeten zijn van een cultuur waarin fraude niet getolereerd wordt. Hierbij hebben zorgbestuurders een voorbeeldfunctie, en zijn cliëntenorganisaties niet terughoudend in het doen van meldingen uit angst voor represailles. Deelt de Minister deze mening, en wat gaat zij doen om deze cultuurverandering tot stand te brengen?

De leden van de D66-fractie lezen in paragraaf 3 vervolgtraject, dat de projectgroep verschillende maatregelen voorstelt om fraude in de AWBZ-zorg aan te pakken. Welke maatregelen zijn inmiddels in gang gezet?

II. REACTIE VAN DE MINISTER

Ik dank de verschillende fracties voor hun vragen en opmerkingen over de «Eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg» die ik uw Kamer op 16 september 2013 heb toegezonden. Hierbij stuur ik u mede namens de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport de antwoorden op deze vragen en opmerkingen.

In de maanden na verzending van het plan van aanpak zijn deelresultaten bereikt op een aantal van de daarin genoemde trajecten. Deze heb ik u gemeld in de voortgangsrapportage aanpak fraude van 19 december 2013. Op alle deelterreinen in de zorg is sprake van maatregelen gericht op de aanpak van fraude. De bestrijding van fraude vergt de komende tijd een nog meer samenhangende aanpak, met meer concreet meetbare maatregelen en meer aandacht voor de verantwoordelijkheid van partijen in de zorgketen en hun onderlinge samenwerkingsrelaties.

Met het verschijnen van de tussenrapportage van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over het onderzoek naar witte vlekken in het systeem en de omvang van fraude in de zorg¹ is een belangrijke stap gezet in het werken aan de gewenste samenhang en meetbaarheid. Uit het onderzoek komt naar voren dat er duidelijke risico's en witte vlekken aanwezig zijn in wet- en regelgeving, die ook een belemmering kunnen vormen voor de partijen in de keten om hun rol optimaal te vervullen. We pakken deze risico's en witte vlekken aan, en blijven dat ook doen. Bijvoorbeeld via het wegnemen van belemmeringen in het medisch beroepsgeheim bij het uitvoeren van onderzoek bij ernstige vermoedens van fraude. Ook is bij de totstandkoming van zowel het Wetsvoorstel langdurige zorg (Wlz), dat begin 2014 aan de Tweede Kamer wordt toegezonden, als het Wetsvoorstel maatschappelijke ondersteuning (Wmo) aandacht voor de fraudegevoeligheid. Hetzelfde geldt voor de voorstellen voor aanpassing van artikel 13 Zorgverzekeringswet, die door zorgverzekeraars als randvoorwaarde worden beschouwd voor het goed vervullen van hun rol in de keten, en het Wetsvoorstel verbetering toezicht en opsporing in het kader van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).

De behoefte aan meer inzicht in de omvang van fraude, en de wens om hier concrete doelstellingen aan te koppelen, is voor mij het uitgangspunt voor de verdere aanpak van fraude. Er zijn inmiddels veel signalen en rapporten over fraude, en fraude in de zorg in het bijzonder. Tot nu toe bieden deze rapporten onvoldoende basis om meetbare doelen en effectieve maatregelen op te baseren. Zo geeft het rapport *The Financial Cost of Health Care Fraud* een globaal beeld van wereldwijde fraude in de zorg, maar dit is niet specifiek genoeg om iets toe te voegen aan het onderzoek dat de NZa momenteel uitvoert. De leden van de PVV hebben mij bij de Regeling van Werkzaamheden op 19 december 2013 om een reactie gevraagd op de cijfers die PricewaterhouseCoopers op 18 december 2013 bij Nieuwsuur presenteerde over de omvang van fraude in Nederland, waaronder fraude in de zorg. Uit de inventarisatie komt het beeld naar voren dat er in de zorg mogelijk sprake is van miljarden euro's aan fraude. PricewaterhouseCoopers baseert zich daarbij op gegevens uit openbare bronnen en geeft aan dat de cijfers niet nader zijn onderbouwd. Naar eigen zeggen gaat het dan ook om een eerste indicatie.

¹ Kamerstuk 28 828, nr. 54, bijlage 1: Onderzoek zorgfraude – tussenrapport NZa.

De aanpak van fraude dient wat mij betreft gebaseerd te worden op een gedegen cijfermatige analyse, niet op een globaal beeld. Daarom heb ik aan de NZa gevraagd om in hun onderzoek niet alleen de witte vlekken in het systeem zichtbaar te maken die mogelijk ruimte bieden voor onrechtmatige declaraties en/of fraude, maar om ook een analyse te maken van de omvang van de fraude in de zorg. In juli 2014 komt de NZa met het eindrapport, waarin ook de onderbouwde ramingen van de omvang van fraude zullen zijn opgenomen. Op basis hiervan zal ik samen met de betrokken partijen meetbare doelen afspreken voor de aanpak van fraude in de zorg.

De partijen in het zorgveld zijn zich bewust van de ernst van fraude en nemen in toenemende mate hun verantwoordelijkheid. Om de soms ingewikkelde processen tussen partijen in de keten zo goed mogelijk te organiseren neemt VWS op een aantal punten de regie dan wel faciliteert VWS een platform waar partijen elkaar vinden om gezamenlijke afspraken te maken voor het verbeteren van de aanpak van fraude. Voorbeelden hiervan zijn: de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ), het traject Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD), en de deelname aan het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZB). Op het doel en de werkzaamheden van de genoemde initiatieven ga ik in mijn antwoord op uw vragen nader in.

De aanpak van fraude dient onterechte uitgaven in de zorg terug te dringen en te voorkomen. Daarnaast wordt ook verspilling in de zorg nadrukkelijk aangepakt. Bij verspilling in de zorg gaat het niet om opzet of kwade bedoelingen, maar het gevolg is ook hier dat middelen voor de zorg niet aan de goede dingen worden uitgegeven. Net als fraude zet dat de betaalbaarheid onder druk. De verschillende oorzaken van fraude en verspilling vragen een eigen aanpak. Daarom heb ik het Programma Aanpak verspilling in de zorg opgericht.² De volgende voortgangsbrief van dit Programma ontvangt u parallel.

In het vervolg van deze brief vindt u mijn reactie op de vragen die de verschillende fracties hebben gesteld. Vanwege samenhang en gedeeltelijke overlap in de vragen heb ik de antwoorden thematisch geordend. Deze zijn als volgt gegroepeerd:

1. Stand van zaken aanpak fraude in de zorg
2. Zorgstelsel
3. AWBZ (CIZ) en Wmo
4. Wet- en regelgeving
5. Rollen en verantwoordelijkheden

1) STAND VAN ZAKEN AANPAK FRAUDE IN DE ZORG

De leden van de PvdA-fractie stellen mij verschillende vragen over het plan van aanpak en verzoeken mij om aan te geven welke concrete acties, maatregelen en resultaten uit deze fraudeaanpak voortvloeien, en te schetsen hoe het behorende tijdspad eruit ziet. Ook vragen deze leden naar de samenhang in de aanpak van fraude op de verschillende terreinen van de zorg. Verder hebben de leden van de PvdA vragen gesteld over de Integriteit Zorgsector, het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding en het traject Intensiveren Correct Declaratieproces. Hierbij ga ik tevens in op de vragen die de SP-fractie heeft gesteld over upcoding bij ziekenhuizen.

De aanpak van fraude is de afgelopen periode vooral ontwikkeld op basis van de op dit moment beschikbare inzichten en kennis over onrechtmatige declaraties en fraude, uitgaande van de beschikbare capaciteit,

² Kamerstuk 33 654, nr. 1.

bevoegdheden en instrumenten van de controlerende en toezichhoudende partijen. Het plan van aanpak geeft weer wat verschillende partijen de afgelopen periode in gang hebben gezet. Daarnaast schetst het een aantal ontwikkelingen en initiatieven op het terrein van de langdurige zorg (AWBZ), maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de zorgverzekeringswet (Zvw).

Zoals ik reeds heb aangegeven zijn in het plan van aanpak geen meetbare doelstellingen geformuleerd, omdat het inzicht in de omvang van fraude nog ontbreekt. De komende periode werken we het plan van aanpak nader uit in meetbare resultaten en concrete acties. Het onderzoek van de NZa, alsmede de uitkomsten van risicoanalyses bij AWBZ-ZIN, geestelijke gezondheidszorg en de medisch specialistische zorg en de (deel)resultaten van de trajecten die we in het plan van aanpak en de voortgangsrapportage hebben gemeld, vormen de basis voor een samenhangende aanpak van zorgfraude en de daarbinnen te realiseren meetbare doelstellingen.

Ten aanzien van de samenhang in de aanpak van fraude op de verschillende terreinen van de zorg geldt dat er in de curatieve zorg en de langdurige zorg een aantal gezamenlijke trajecten is opgezet, zoals het onderzoek van de NZa naar witte vlekken in het systeem en de omvang van fraude, het versterken van toezicht, handhaving en opsporing, het ontwikkelen van een fraudetoets en de intensivering van de ketenaanpak correct declareren. Tegelijkertijd kennen de huidige trajecten in de aanpak van fraude bij de langdurige zorg en curatieve zorg een eigen ontstaansgeschiedenis. Dit heeft ertoe geleid dat de aanpak in beide domeinen kan verschillen. Daarbij geldt dat de verantwoordelijke partijen in de keten van de curatieve zorg en die in de langdurige zorg kunnen verschillen, evenals de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd en bekostigd. Binnen beide ketens worden met de relevante ketenpartijen passende afspraken gemaakt over het voorkomen, terugdringen, opsporen en bestraffen van fraude, waarbij wordt uitgegaan van dezelfde definities.

Taskforce Integriteit Zorgsector

De samenhang in de fraudeaanpak komt onder andere tot uitdrukking in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ), die in februari 2013 is opgericht om de samenwerking rond de fraudebestrijding op de verschillende terreinen van de zorg te intensiveren. Binnen de Taskforce zijn negen partijen vertegenwoordigd, te weten de NZa, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Belastingdienst (BD), de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I-SZW), het Openbaar Ministerie (OM), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De beleidsagenda van de TIZ betreft zowel de langdurige als de curatieve zorg.

Op 29 januari 2014 is de TIZ informatiedag georganiseerd voor de achterban van de TIZ convenantpartijen en aanbieders- en patiëntenorganisaties. Centraal stonden de tien beleidsagendapunten van de Taskforce.³ Bovendien zijn er verdiepende workshops georganiseerd over interorganisationeel samenwerken en over hoe patiëntenorganisaties beter kunnen worden betrokken bij zorgfraudebestrijding.

³ Kamerstuk 28 828, nr. 50 (bijlage 4: Stand van zaken activiteiten beleidsagenda TIZ).

Een van de eerste resultaten van de Taskforce Integriteit Zorgsector is de oprichting van het Expertisecentrum Zorgfraude Bestrijding (EZB), dat sinds 1 januari jl. operationeel is. De missie van het Expertisecentrum is het voorkomen respectievelijk terugdringen van fraude en van oneigenlijk gebruik van financiële middelen voor de zorg. Doel van het EZB is om de samenwerking van de betrokken organisaties structureel te verbeteren, zodat zorgfraude effectiever en efficiënter kan worden aangepakt. In dit kader vervult het EZB twee functies: een strategische en een operationele functie. De strategische functie betreft het verzamelen, verwerken en interpreteren van (digitale) gegevens waarmee patronen van fraude kunnen worden opgespoord. De operationele functie betreft het gezamenlijk adresseren van meervoudige fraudezaken op prioritaire terreinen van de zorg (ggz, medisch-specialistische zorg en bestuur in de zorg). Gedurende een proefperiode die loopt tot ultimo 2014 heeft het EZB onder meer als opdracht om een businesscase op te stellen waarin in brede zin de kosten en opbrengsten van de samenwerking uiteen worden gezet. De Taskforce Integriteit Zorgsector zal mede op basis van deze business case bezien of de ketensamenwerking binnen het EZB aantoonbaar meerwaarde heeft en zal worden gecontinueerd.

Preventieve maatregelen en sancties

De leden van de fracties van de VVD, de SP en de PVV hebben verschillende vragen gesteld die betrekking hebben op het voorkomen van fraude door middel van preventieve maatregelen. De leden van de VVD en de PVV stellen daarnaast vragen over de sancties die ik wil instellen om fraudeurs te bestraffen en wijzen daarbij op mogelijke risico's voor de kwaliteit van de zorg.

Zoals ik eerder aangaf kan fraude in de zorg alleen effectief worden aangepakt als de gehele keten van preventie, controle, toezicht, opsporing en handhaving goed functioneert. Ik deel daarbij de verwachting van de leden van de SP dat de effectiviteit van controle en opsporing significant hoger zal zijn als fraude bij de bron wordt aangepakt. Dat is ook de reden dat ik nadrukkelijk inzet op het voorkomen van fraude bij de bron door preventieve maatregelen te nemen. Want ook hier geldt dat het beter is om vóóraf te voorkomen dat de middelen op een verkeerde manier worden ingezet, dan achteraf een ingewikkeld bestuurlijk of strafrechtelijk traject in gang te zetten om die middelen terug te halen en sancties op te leggen. Voorbeelden van preventieve maatregelen zijn voorlichting en bewustwording aan patiënten en cliënten, beroepsbeoefenaren en zorgaanbieders, screening van nieuwe aanbieders door zorgverzekeraars, het verhelderen van de regelgeving door de NZa, de invoering van trekkingsrechten bij het PGB, het bevorderen van het kostenbewustzijn bij patiënten door een inzichtelijke nota te sturen, en het instellen van een fraudetoets voor nieuwe wet- en regelgeving. Daarnaast zet ik in op zo vroeg mogelijke signalering van fraude in de zorgketen. Door gericht te investeren in maatregelen aan de voorkant verwacht ik dat we fraude in toenemende mate kunnen voorkomen en dat tevens de effectiviteit van de fraudebestrijding toeneemt.

Zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het nemen van preventieve maatregelen binnen hun eigen organisatie om zo de kans op fraude te minimaliseren. Bijvoorbeeld door de medewerkers goed te informeren over het leveren van passende zorg en over het correct declareren van geleverde zorg, en voor het op peil houden van de kennis over de geldende wet- en regelgeving. Ook dient de organisatie de interne organisatie en -registratie op orde te brengen en te houden, zodat op deze

manier geen fraude in de hand wordt gewerkt. Ondanks deze inspanningen is fraude binnen een zorgorganisatie niet uit te sluiten. De organisatie dan wel de behandelaar blijft echter verantwoordelijk voor het voorkómen van fraude en het terugbetalen van onterecht vergoede declaraties. Per geval zal moeten worden onderzocht wie waarvoor verantwoordelijk is, en hoe en bij wie de onterecht verkregen middelen teruggevorderd dienen te worden. Of er sprake is van een risico dat de zorg aan cliënten geraakt wordt en hoe daar dan mee wordt omgegaan is zeker een aandachtspunt. In de beantwoording van de vragen over de brief inzake de rapportage «Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen september 2013» van het CIZ gaat de Staatssecretaris van VWS nader in op deze onderwerpen. U ontvangt deze brief binnenkort.

Correct declaratieproces

De leden van de SP hebben diverse vragen gesteld over het historische verloop van het traject PlnCeT. Ook hebben zij vragen gesteld over het bevorderen van correct declareren, de rol en houding van zorgverzekeraars bij het opsporen van fraude en over upcoding bij ziekenhuizen.

In het project PlnCeT is in 2012 op bestuurlijk niveau getracht om overeenstemming te bereiken over het opgestelde conceptrapport en de bijbehorende conceptbrief. Dit bleek niet mogelijk. De achtergrond hiervan was als volgt. Er waren inhoudelijke verschillen van inzicht over de afbakening van het toezicht op rechtmatigheid, de actualiteit en gebruikswaarde van de data waarop de analyse was gebaseerd, de gewenste focus bij de verbetermaatregelen (meer op preventie vooraf en minder op de maatregelen uit het conceptrapport over controle achteraf), de vermeende afwezigheid van controleprikkeles, het gebrek aan nuances in de conclusies en tot slot over het feit dat in de beschrijvingen onvoldoende recht werd gedaan aan de complexiteit van het systeem. Op het Ministerie van VWS worden regelmatig werkgroepen geformeerd, waarbij door ambtenaren – al dan niet in samenwerking met het veld – of door externe bureaus analyses worden gemaakt. Niet alle analyses leiden tot overeenstemming over een te volgen aanpak, tot concrete rapporten of zichtbare resultaten. De opgedane kennis wordt dan als bouwsteen gebruikt voor nieuwe maatregelen of het uitwerken van beleid. Ik heb geen zicht op welke en hoeveel werkgroepen, Taskforces en andere teams er de afgelopen jaren door mijn ambtenaren zijn opgezet zonder dat het tot een concreet rapport of advies is gekomen.

Ik vind het belangrijk om vast te stellen dat de partijen die betrokken waren bij PlnCeT elkaar een jaar later hebben kunnen vinden in het kader van de Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD). Gezamenlijk zijn zij erin geslaagd een plan van aanpak op te stellen, mede op basis van de aandachtsgebieden van PlnCeT. In de voortgangsrapportage van het IKCD-traject, die als bijlage 5 is meegestuurd met de tweede voortgangsrapportage van 19 december jongstleden, wordt zichtbaar dat op alle in het plan van aanpak genoemde onderdelen voortgang wordt geboekt. Voor het overzicht van de voorgestelde maatregelen en de daarbij behorende toelichting verwijs ik u naar genoemde bijlage. Voor Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces vindt in mei 2014 de eerste *invitational conference* plaats. Doel hiervan is om met de achterban van de betrokken partijen de afspraken te delen en te vertalen naar de praktijk.

De zorgverzekeraars hebben na 2012 in toenemende mate inspanningen verricht om de controle van declaraties beter op orde te krijgen. Tegelijkertijd besteden zij aandacht aan voorlichting, bewustwording en controle

aan de voorkant van de keten. Zo is ZN in september 2013 gestart met het programma «Zinnige zorg, zuivere rekening». Onderdeel van dit programma is het onderzoeken van prikkels die een positief effect kunnen hebben op zorgaanbieders om alleen gepaste zorg te leveren en deze vervolgens correct te declareren. Een andere maatregel is dat ZN samen met zorgaanbieders werkt aan het verbeteren van het administratieve proces. Er zijn op dit punt dus zeker positieve ontwikkelingen, al moeten er ook nog flinke stappen worden gezet.

Upcoding in ziekenhuizen

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie Universitair medische centra (NFU) hebben de mogelijkheden verkend voor de contractering van adviesbureaus door zorgaanbieders en voor de daarbij te stellen voorwaarden. De NVZ en de NFU gaan dit de komende periode verder uitwerken.

Ik heb geen zicht op bureaus die zorgaanbieders adviseren op het gebied van upcoding, welke mensen er werken en wat hun achtergrond is. Het is de verantwoordelijkheid van de betreffende zorginstellingen om, als zij dat noodzakelijk vinden, een bureau in te huren dat hen ondersteunt bij het verbeteren of op orde houden van de interne organisatie en/of registratie. Daarbij acht ik het van belang dat de instelling het bureau op een zodanige wijze inzet dat dit past binnen de geldende wet- en regelgeving en leidt tot een correct declaratieproces. Ik spreek de ziekenhuizen niet aan op welke bureaus zij inzetten, maar op de juistheid en volledigheid van de declaraties die zij indienen.

Upcoding kan worden beperkt door frauderende zorgaanbieders op te sporen en door gevallen van upcoding te identificeren via benchmarking. De verzekeraars spelen op dit punt een belangrijke rol en hebben als gevolg van de toegenomen risicodragendheid ook financieel baat bij een selectieve inkoop en intensieve controles van declaraties.

Toezicht en opsporing

De leden van de fracties van de SP en de PVV hebben mij vragen gesteld die betrekking hebben op toezicht en opsporing. Genoemde leden vragen mij welke informatieverzoeken, inclusief herstelplannen, de NZa aan verzekeraars heeft opgelegd en welke bedragen hiermee gemoeid zijn. Daarnaast vragen zij naar de resultaten van de activiteiten van respectievelijk de NZa en de FIOD.

De NZa heeft verschillende toezichttaken. Zo ziet de NZa er op toe dat onder meer zorgaanbieders zich houden aan de plichten die voortvloeien uit Wet marktordening gezondheidszorg (nalevingtoezicht). Vanuit deze toezichttaak richten de onderzoeken van de NZa zich op het onrechtmatig in rekening brengen van zorg, waarbij meer of andere zorg in rekening is gebracht dan daadwerkelijk geleverd. Meldingen over mogelijk onterechte declaraties zijn afkomstig van consumenten, medewerkers van zorginstellingen en verzekeraars. De NZa houdt daarnaast toezicht op een rechtmatige uitvoering van de Zorgverzekeringswet en een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de AWBZ door verzekeraars (uitvoeringstoezicht) en op het goed functioneren van de zorgmarkt (markttoezicht).⁴

Vanuit eerstgenoemde toezichttaak heeft de NZa in 2013 diverse bedrijfsbezoeken afgelegd en onderzoeken uitgevoerd. Zo heeft de NZa twee onaangekondigde bedrijfsbezoeken gebracht aan ziekenhuizen, respectievelijk het VUmc in Amsterdam en het Sint Antonius Ziekenhuis in

⁴ Kamerstuk 28 828, nr. 54 bijlage 2 (Toelichting op toezichtrol NZa).

Nieuwegein. Beide onderzoeken zijn in de media uitgebreid belicht. De aanleiding betrof in beide gevallen een vermoeden van onterecht declareren op het terrein van de medisch-specialistische zorg. De onderzoeken bij genoemde ziekenhuizen lopen nog en zijn in de afrondende fase.

Binnen de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg heeft de NZa in 2013 onderzoek gedaan naar meerdere zorgaanbieders en zorgverleners. De onderzoeken hebben geleid tot het opleggen en publiceren van maatregelen aan de Stichting Zorginstelling More in Rotterdam, De Opvoedpoli in Amsterdam en Stichting De Hoop GGZ in Dordrecht. De onderzoeken zijn verricht naar aanleiding van signalen van zorgverzekeraars, zorgaanbieders, patiënten en werknemers. De NZa heeft in het rapport Toezichtonderzoek GGZ verslag gedaan over haar bevindingen. Dit rapport heb ik als bijlage 3 meegezonden met de tweede voortgangsrapportage van 19 december jl.⁵ De onderzoeken hebben geleid tot formele maatregelen van de NZa, waaronder aanwijzingen om te stoppen met declareren van zorg die niet of slechts gedeeltelijk is geleverd en/of om de administratie op orde te brengen. De volledige beschrijving van de gepubliceerde maatregelen kunt u raadplegen op de website van de NZa.⁶ Over een mogelijk vervolg op eerdere onderzoeken en over nieuwe lopende onderzoeken doet de NZa geen uitspraken. Ook in 2014 blijft de NZa intensief toezien op het declaratiegedrag in de GGZ.

In het kader van uitvoeringstoezicht heeft de NZa bij het vereveningsonderzoek Zvw 2011 informatieverzoeken gestuurd met betrekking tot de processen materiële controle, misbruik en oneigenlijk gebruik, gepast gebruik en formele controles. De handhavingsmaatregelen die de NZa naar aanleiding hiervan heeft opgelegd zijn te vinden in het «Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2011» van februari 2013. De herstelplannen die zorgverzekeraars moesten opstellen zijn gericht op het verbeteren van de processen. Onlangs heeft de NZa boetes opgelegd aan vijf verzekeraars (allen onderdeel van Achmea, te weten Zilveren Kruis, Interpolis, OZF, Avero en Agis) vanwege fouten in financiële verantwoording over het jaar 2011.

Naar aanleiding van het Samenvattend rapport «Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2012» dat de NZa onlangs heeft gepubliceerd, worden wederom handhavingsmaatregelen getroffen. In tegenstelling tot het jaar 2011 omvatten deze echter geen boeteonderzoeken. Het rapport van de NZa heb ik de Kamer recentelijk toegestuurd, met daarbij een beleidsreactie.⁷

Voor de AWBZ heeft de NZa naar aanleiding van het onderzoek «Uitvoering AWBZ 2011» informatieverzoeken gedaan aan de AWBZ-verzekeraars (concessiehouders). De tabel met de handhavingsmaatregelen is opgenomen in het «Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2011».⁸ In vervolg op het meest recente onderzoek «Uitvoering AWBZ 2012» verwacht de NZa diverse maatregelen te nemen die tot doel hebben de uitvoering van de AWBZ door de concessiehouders te verbeteren. Begin 2014 worden de AWBZ-verzekeraars geïnformeerd over de inhoud van deze maatregelen.

⁵ Kamerstuk 28 828, nr. 54 bijlage 3 (Toezichtonderzoek curatieve geestelijke gezondheidszorg).

⁶ www.nza.nl/publicaties/Besluiten/Handhavingsbesluiten

⁷ Kamerstuk 28 828, nr. 56.

⁸ Samenvattend rapport Uitvoering AWBZ 2011 door concessiehouders, AWBZ-verzekeraars en het CAK. November 2012.

Naast algemene informatieverzoeken vraagt de NZa verzekeraars ook met enige regelmaat om informatie inzake concrete casussen. In het kader van de opsporing van fraude heeft de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD) momenteel meerdere acties lopen. Over de onderzoeken van de NZa en de FIOD kan ik geen mededelingen doen.

Intensivering opsporing

De leden van de SP hebben vragen gesteld die betrekking hebben op de ketenaanpak van fraudebestrijding en de effectiviteit van de controle en opsporing. De leden van de PVV hebben mij daarnaast vragen gesteld die betrekking hebben op de intensivering van de opsporing, de verdeling van de beschikbare middelen voor de bestrijding van fraude met PGB's en op andere terreinen van de zorg.

Ik vind dat fraude onacceptabel is en dat we er alles aan moeten doen om fraude te voorkomen, terug te dringen en aan te pakken. Gezien de ernst en de omvang van fraude met het PGB is er besloten om in 2013 extra geld vrij te maken voor de bestrijding van dit soort fraude. Dit wil echter niet zeggen dat fraude in andere zorgsectoren werd genegeerd. Ook deze vormen van fraude stonden in 2013 op de radar van de NZa en de Inspectie SZW. Vanaf 2014 trekken wij wederom extra geld uit om de toezicht- en opsporingsfunctie in de zorg verder te verbeteren. Het gaat om een bedrag van € 5 miljoen in 2014 en vanaf 2015 jaarlijks om een bedrag van € 10 miljoen. Met deze extra financiële middelen gaan de NZa en de Inspectie SZW hun werkzaamheden uitbreiden. Zo worden de taken van de Inspectie SZW verbreed van het opsporen van PGB-fraude naar het opsporen van fraude ook in andere sectoren van de zorg. Dit is een eerste stap in de versterking van de opsporingsfunctie voor de zorg. Daarnaast zullen de Inspectie SZW en de NZa hun de aandacht voor het «correct declareren» uitbreiden naar drie nieuwe zorgsectoren. In 2015 worden daar nog eens twee nieuwe zorgsectoren aan toegevoegd. De keuze voor de specifieke sectoren zal mede worden bepaald op basis van risicoanalyses en de uitkomsten van het eerdergenoemde onderzoek dat de NZa momenteel uitvoert naar de omvang van fraude in de zorg.

De vervolgstap is dat ik een verkenning laat uitvoeren naar de versterking van de opsporingsfunctie en hoe deze het beste gepositioneerd kan worden in de keten, ook in relatie tot voorlichting, preventie, toezicht en handhaving. Daarbij worden drie verschillende scenario's ontwikkeld voor inrichting van de keten. Ik streef daarbij niet naar oprichting van een nieuwe opsporingsdienst voor de zorg. Het gaat mij juist om de positionering en rol van de opsporing- en handhavingfunctie binnen de fraudeketen. In de verkenning zal worden nagegaan welke huidige opsporingstaken bij de bestaande vier toezicht- en opsporingsorganisaties (FIOD, IGZ, NZa, I-SZW) gebundeld dienen te worden in één opsporingsfunctie. De uitgangspunten voor deze verkenning heb ik toegelicht in de Tweede voortgangsrapportage van 19 december 2013.

Wat betreft de vraag van de SP-fractie naar de capaciteit van de organisaties die zich bezighouden met opsporing, vervolging en rechtspraak – het OM, I-SZW (voorheen: SIOD), FIOD en de rechterlijke macht – geldt dat prioritering altijd nodig is op basis van beschikbare capaciteit.

2) ZORGSTELSEL

De leden van de PvdA en de SP hebben mij diverse vragen gesteld over de fraudegevoeligheid van het stelsel, mede in relatie tot de mogelijke invoering van winstuitkering in de zorg. In verschillende bewoordingen vragen deze leden mij naar de prikkels in het huidige systeem en hoe ik

deze zal adresseren. De leden van de SP vragen in dit kader waarom ik bij de aanpak van fraude uitga van *high trust, high penalty*.

Ons zorgstelsel is erop ingericht om partijen zoveel mogelijk hun eigen verantwoordelijkheid te geven voor het bieden en bekostigen van kwalitatief goede zorg, binnen de wettelijke en financiële kaders die VWS hiervoor stelt. Dat er personen en organisaties zijn die hier misbruik van maken door fraude te plegen is een feit. Dat betekent niet dat we de uitgangspunten van het stelsel moeten herzien, maar dat er maatregelen nodig zijn om fraude en oneigenlijk gebruik tegen te gaan en aan te pakken. Bijvoorbeeld het instellen van de fraudetoets voor wet- en regelgeving en sterkere bevoegdheden voor toezichthouders. Daarbij geldt nog steeds het uitgangspunt dat de partijen zelf verantwoordelijk zijn voor correct en rechtmatig handelen en daarop worden aangesproken. Ik vertrouw er in beginsel op dat de partijen die verantwoordelijkheid op een goede manier nemen (*high trust*). Is dat niet het geval en blijkt er sprake te zijn van fraude, dan zullen zij stevig worden aangepakt (*high penalty*).

Zoals ik hierboven heb aangegeven doet de NZa momenteel onderzoek naar de aard en omvang van fraude (inclusief upcoding) en de witte vlekken in het huidige stelsel. Daarbij is ook gekeken naar positieve en negatieve prikkels in het systeem. In de tussenrapportage wijst de NZa al op een aantal frauderisico's en doet zij tevens aanbevelingen om deze risico's te beperken en fraude terug te dringen. Voorbeelden hiervan zijn het vaststellen van goede prestatiebeschrijvingen en duidelijke regels, het verscherpen van controles door verzekeraars en het verruimen van de mogelijkheden voor verzekeraars om fraudeurs aan te pakken.

De komende periode worden, zoveel mogelijk met betrokken partijen, de maatregelen die nodig zijn om perverse prikkels in het systeem aan te pakken verder uitgewerkt. De NZa merkt hierbij op dat te nemen acties niet vrijblijvend zijn. Kwetsbare plekken in de regelgeving rond de financiering van de zorg zijn volgens de NZa veelal het gevolg van eerder gemaakte keuzes bij de vormgeving van het zorgstelsel. Open omschrijvingen van aanspraken bieden de professional bijvoorbeeld ruimte om in het belang van elke individuele patiënt naar bevinding van zaken te handelen. Tegelijkertijd maken dergelijke open omschrijvingen het moeilijk om eenduidig vast te stellen wat goed en wat fout is. Tevens bestaat er een inherente spanning tussen enerzijds de bescherming van de privacy van de patiënt, en anderzijds de controlemogelijkheden van de verzekeraars. Het aanpakken van frauderisico's en witte vlekken betekent dus ook een keuze maken hoe om te gaan met dergelijke conflicterende beleidsdoelen.

Winstuitkering in de zorg

De leden van de PvdA en de SP hebben bovendien vragen gesteld over de fraudegevoeligheid van het stelsel, mede in relatie tot het wetsvoorstel om het verbod op winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg op te heffen en winstuitkering onder bepaalde strikte voorwaarden ook in dit segment van de zorg toe te staan.

Ik wijs er op dat er van oudsher in de Nederlandse zorg vele zorgaanbieders actief zijn die een winstoogmerk kunnen hebben en winst kunnen uitkeren. Voor bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten en extramurale AWBZ-aanbieders is het niet verboden om winst uit te keren. Er zijn ook geen beleidsvoornemens om hier verandering in aan te brengen. Er zijn mij geen signalen bekend dat als gevolg van de afwezigheid van een verbod op winstuitkering fraude of upcoding toeneemt in deze sectoren.

Op het terrein van de medisch-specialistische zorg worden de mogelijkheden voor fraude beperkt door selectieve inkoop en intensieve controles van verzekeraars als gevolg van de vergrote risicodragendheid, in combinatie met de uitbreiding van het aantal behandelingen met vrije prijsvorming. Dit geldt voor alle aanbieders van medisch-specialistische zorg. Het opheffen van het verbod op winstuitkering voor aanbieders van medisch-specialistische zorg en het mogelijk maken van winstuitkering onder bepaalde strikte voorwaarden verandert dit systeem niet. Gezien het bovenstaande verwacht ik dan ook niet dat de opheffing van het verbod op winstuitkering voor de medisch-specialistische zorg een voedingsbodem wordt voor fraude of upcoding, maar anticipeer ik er juist op dat het toestaan van winstuitkering onder strikte voorwaarden leidt tot een verbeterde kwaliteit van de zorg en meer transparantie bij zorgaanbieders.⁹ Aanpassing van artikel 13 Zvw zoals die in de Tweede Kamer voorligt zal een grote verbetering kunnen betekenen, omdat verzekeraars daarmee meer mogelijkheden krijgen om fraude aan te pakken en er consequenties aan te verbinden.

3) AWBZ (CIZ) en Wmo

De leden van de fracties van de VVD en D66 hebben vragen gesteld die betrekking hebben op maatregelen om fraude te voorkomen, waaronder face-to-face indicatiestelling door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), en de invoering van trekkingsrechten bij het persoonsgebonden budget. Ook stellen zij vragen over upcoding in de AWBZ. Daarnaast vraagt de fractie van D66 mij naar de betrokkenheid van gemeenten en de rol die zij vervullen bij de bestrijding van fraude op het terrein van de Wmo.

Het aantal face-to-face indicatiestellingen per maand is bij het PGB inmiddels meer dan verdubbeld. Of dat ook potentiële fraudeurs afschrikt is uiteraard alleen bij aannames te onderbouwen. Vooraf is immers niet bekend of het om een mogelijke fraudeur gaat. Ik heb de cijfers vergeleken van het aantal procedures voor de aanvraag van een PGB dat is afgebroken of komen te vervallen. Wanneer sprake is van face-to-face contact, is de reden tot het stoppen van de procedure in 66,5% intrekking van de aanvraag door de cliënt. In de landelijke cijfers is intrekking door de cliënt in 30,3% de reden. Dat grote verschil is voor mij een duidelijk signaal dat face-to-face contact een afschrikkende werking heeft voor potentiële fraudeurs.

CIZ en upcoding

Wat betreft de hoogte van indicaties en de mogelijkheid dat gemandateerde instellingen indicaties hebben aangepast geldt dat zorgaanmelders niet hebben kunnen anticiperen op het onderzoek over upcoding dat door het CIZ is uitgevoerd. Om fraude in de AWBZ aan te pakken is het CIZ gestart met een verscherpt toezicht- en handhavingsskader. Hiervoor verwijs ik wederom naar de Kamerbrief van de Staatssecretaris van VWS inzake de rapportage «Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen september 2013», die binnenkort aan uw Kamer wordt toegestuurd.

PGB en trekkingsrechten

De leden van de VVD en D66 hebben vragen gesteld over de gefaseerde invoering van trekkingsrechten bij het persoonsgebonden budget per 2015. Zij vragen onder meer wat de rol en taken zijn van de stuurgroep die is ingesteld om het traject te begeleiden. De leden willen ook weten of,

⁹ Kamerstuk 33 168, nrs. 1–3 e.v.

gezien de complexiteit, ik het haalbaar acht dat de trekkingsrechten direct bij het in werking treden van de Wet langdurige zorg en de nieuwe Wmo volledig beschikbaar zijn. De leden van D66 stellen mij voorts vragen over het besluit om de uitvoering van trekkingsrechten te beleggen bij de Sociale Verzekeringsbank (SVB). Ook vragen deze leden of er een evaluatie gepland staat naar de resultaten van de trekkingsrechten, waarbij zij specifieke aandacht vragen voor de eigen regie van cliënten.

Op basis van de pilot voor de invoering van de trekkingsrechten die eind 2013 is gestart werk ik het systeem samen met verschillende partijen verder uit. Gefaseerde invoering is noodzakelijk om de zorgvuldigheid te kunnen waarborgen.

Het betreft een groot aantal cliënten, hulpverleners, zorgkantoren en gemeenten met een diversiteit aan ict-systemen. Alle partijen moeten voldoende gelegenheid hebben om zich voor te bereiden. Daarom is de planning erop gericht dat alle budgethouders met ingang van 2015 gebruik maken van de trekkingsrechten. Op basis van de huidige inzichten heb ik geen aanleiding om te veronderstellen dat er vertraging zal ontstaan. Ik acht het dan ook haalbaar dat de trekkingsrechten beschikbaar zijn als de Wet langdurige zorg en de nieuwe Wmo in werking treden.

De uitvoering van de trekkingsrechten is belegd bij de SVB. Reden hiervoor is dat SVB de PGB-regeling nu al voor een groot aantal gemeenten uitvoert. Daarnaast hebben vele budgethouders het werkgeverschap van hun PGB ondergebracht bij de SVB. De SVB is gezien haar positie en ervaring, alsmede het belang en het publieke karakter van deze taak de meest aangewezen partij om de trekkingsrechten binnen dit korte tijdsbestek in te voeren.

Betrokkenheid andere partijen

Met de VNG wordt veelvuldig overleg gevoerd over de trekkingsrechten. De VNG maakt ook deel uit van de stuurgroep trekkingsrechten. Deze stuurgroep is ingesteld om het proces van de invoering te begeleiden en heeft als taak om de samenhang en de voortgang te bewaken, toe te zien op een zorgvuldige invoering en om besluitvorming te organiseren in het kader van de voortgang van het project. Zowel tijdens de invoering als tijdens de uitvoering worden de trekkingsrechten op hun effecten beoordeeld. Daaruit moeten aangrijpingspunten voortkomen voor de verdere ontwikkeling van het fraudebeleid voor het pgb. Het gaat dan met name over het meer fraudebestendig maken van het pgb en het vinden van weigeringsgronden voor fraudeurs die ten onrechte een beroep op het pgb doen. Criteria als cliëntgerichtheid en effectiviteit zijn daarbij van wezenlijk belang.

Bij gemeenten is reeds veel expertise aanwezig op het terrein van misbruik en oneigenlijk gebruik van sociale voorzieningen, bijstand en dergelijke. Op grond van de Wmo 2015 moeten gemeenten enkele onderwerpen in een lokale verordening regelen. De VNG stelt een modelverordening op (evenals modelbeleidsregels en een modelbesluit), waarbij ook aandacht zal worden besteed aan fraudebestrijding. In overleg met de VNG zal ik bezien of het noodzakelijk is om aanvullend hierop een handreiking over fraudebestrijding te ontwikkelen.

4) WET- EN REGELGEVING: FRAUDETUETS EN MEDISCH BEROEPSGEHEIM

De leden van D66 en het CDA vragen naar maatregelen die ik neem om het plegen van fraude binnen de verschillende zorgsystemen te voorkomen dan wel te beperken, ook op terreinen van de zorg die

gedecentraliseerd worden. Ook wordt gevraagd naar de betrokkenheid van cliënten- en patiëntenorganisaties. De leden van de fracties van D66 en de SP hebben mij daarnaast vragen gesteld die betrekking hebben op privacy en het (doorbreken van het) medisch beroepsgeheim in relatie tot het opsporen van fraude.

Fraudetoets

Een effectieve aanpak van fraude vraagt van VWS om wettelijke kaders die zo min mogelijk ruimte bieden voor onrechtmatig handelen.

Om nieuwe wet- en regelgeving met betrekking tot alle sectoren van de zorg en substantiële wijzigingen van bekostigingssystemen zoveel mogelijk fraudeproof te maken, is een algemeen format voor een fraudetoets ontwikkeld. Deze is als bijlage bijgevoegd bij deze brief. Met deze fraudetoets worden in beginsel alle nieuwe wet- en regelgeving op het gebied van zorg (wetten, AMVB's en lagere regelgeving) en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen getoetst op fraudegevoeligheden voordat deze worden ingevoerd. Ook wordt nagegaan of definities eenduidig, helder en duidelijk afgebakend zijn. Voor substantiële wijzigingen in de bekostigingssystemen geldt dat de fraudetoets onderdeel uitmaakt van een uitvoeringstoets die de NZa uitvoert. Waar nodig zal de ontwerpregelgeving naar aanleiding van de resultaten van de fraudetoets worden aangepast. De fraudetoets wordt zowel toegepast op ontwerpregelgeving voor de cure als de care. De fraudetoets wordt dus ook uitgevoerd op nieuwe ontwerpregelgeving waarmee systemen gedecentraliseerd worden.

De fraudetoets bestaat uit een vragenlijst en kent verschillende fasen. Voor nieuwe ontwerpregelgeving (zijnde wetten, AMVB's en lagere regelgeving) doorlopen de opstellers van nieuwe ontwerpregelgeving en substantiële wijzigingen in de bekostigingssystemen eerst zelf de fraudetoets. Op basis van deze toetsing kan de ontwerpregelgeving nog worden aangepast. Daarna wordt bepaald bij welke externe partijen de fraudetoets vervolgens wordt uitgezet. De input van externe partijen (zoals de NZa, Ministerie van V&J, OM, I-SZW, de FIOD, ZN en koepels van aanbieders) wordt door de opstellers van de ontwerpregelgeving geanalyseerd en leidt waar nodig tot aanpassingen in de ontwerpregelgeving. De uitkomsten van de externe fraudetoets worden op hoofdlijnen opgenomen in de (memorie van) toelichting bij de desbetreffende ontwerpregelgeving.

Vooruitlopend op het vaste format van de fraudetoets is de wet- en regelgeving inzake de hervorming langdurige zorg door diverse externe partijen bezien op mogelijke risico's op oneigenlijk gebruik en fraude. Dit heeft geleid tot aanpassingen en geeft een goed inzicht in de mogelijke risico's in het Wetsvoorstel langdurige zorg (Wlz) en het Wetsvoorstel maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Nu de Wlz aanzienlijk is gewijzigd ten opzichte van het wetsvoorstel (destijds LIZ) dat reeds op fraudegevoeligheden is getoetst, acht ik het van belang om het huidige wetsvoorstel nogmaals te laten toetsen op fraudegevoeligheden. Voor beide wetsvoorstellen zal de bijbehorende lagere regelgeving eveneens worden getoetst op fraudegevoeligheden. Over de uitkomsten zal ik uw Kamer nader informeren.

In 2014 zal het Ministerie van V&J het integraal afwegingskader beleid en wetgeving doorontwikkelen en een fraudebestendigheidstoets opnemen. Hierdoor krijgt het belang van fraudebestendige wet- en regelgeving ook Rijksbreed een herkenbare plaats. Daarnaast ontwikkelt het Ministerie van V&J een ex post toetsingssysteem waardoor fouten, misbruik en

fraude aan het licht komen en hier gevolg aan kan worden gegeven. Naar verwachting is deze systematiek eind 2014 gereed.

Medisch beroepsgeheim

Ten behoeve van het opsporen van fraude stel ik een aantal veranderingen voor in de wet- en regelgeving aangaande het afgeleid medisch beroepsgeheim. Deze veranderingen beperken zich tot de specifieke situaties van een ernstig vermoeden van zorgfraude en dan alleen door het CIZ, CAK, zorgverzekeraars of zorgkantoren. Centraal staat het behoud van het medisch beroepsgeheim waarbij indien noodzakelijk gebruik moet worden gemaakt van de bestaande doorbrekingsgronden.

De wetswijziging die ik voorbereid ziet er als volgt uit. Bij aangifte van een ernstig vermoeden van fraude door het CIZ, het CAK, zorgverzekeraars of zorgkantoren is het op dit moment onduidelijk of deze instanties de onderliggende (medische) gegevens – die zij hebben ontvangen van zorgaanbieders in het kader van de uitvoering van hun taak – waar het ernstig vermoeden van fraude uit blijkt aan het OM mogen verstrekken. Zonder deze gegevens kan het OM het onderzoek niet rond krijgen en is bestrijding van dergelijke fraude bijna onmogelijk. Het verstrekken van deze gegevens is voor de aanpak van deze fraude dus echt noodzakelijk. Het afgeleid medisch beroepsgeheim kan slechts doorbroken worden als sprake is van een vermoeden van ernstige fraude. Die ernst kan bijvoorbeeld gelegen zijn in de omvang van de fraude of de betrokkenheid van professionals werkzaam in de zorg. Dit zal nader worden uitgewerkt in de wet- en regelgeving. Daarnaast geldt ook het criterium dat het vermoeden zwaarwegend genoeg moet zijn. Dit betekent dat de feiten waarover de aangever beschikt naar objectieve maatstaven voldoende aanleiding geven om te vermoeden dat er sprake is van fraude. Dit valt niet nader uit te werken in criteria, maar zal per geval moeten worden beoordeeld. In overleg met de sector zal worden bekeken of het nodig is om hiervoor een handreiking op te stellen.

Naar mijn verwachting is het openbreken van het afgeleid medisch beroepsgeheim in deze gevallen proportioneel en zal het bijdragen aan het opsporen van fraude door zorginstellingen en bijvoorbeeld PGB-bureaus.

5) ROLLEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

De leden van de PvdA, de SP, D66 en de PVV hebben mij verschillende vragen gesteld die betrekking hebben op de rollen en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten als het gaat om het voorkomen en signaleren van mogelijke fraude en oneigenlijk gebruik. De leden van D66 wijzen in dit kader op het belang van kennis en bewustwording, zowel bij patiënten als bij zorgaanbieders.

Ik kies voor een integrale aanpak van fraude in de zorg en hecht eraan dat alle partijen in het stelsel hun verantwoordelijkheid nemen, ook zorgverzekeraars, zorgaanbieders en patiënten. Zoals ik in het plan van aanpak ook heb aangegeven, vervullen zij allen een rol in het voorkomen dan wel aanpakken van fraude.¹⁰ Zorgaanbieders omdat zij verantwoordelijk zijn voor kwalitatief goede en passende zorg en voor het correct declareren daarvan. En verzekeraars omdat zij beschikken over de declaratiegegevens en verantwoordelijk zijn voor het controleren van declaraties op juistheid en rechtmatigheid. Ook patiënten vervullen een belangrijke rol in het signaleren van mogelijke fraude of oneigenlijk gebruik. Zij kunnen aan

¹⁰ Kamerstuk 28 828, nr. 50, bijlage 4 (Plan van aanpak fraude in de zorg).

de hand van de factuur immers nagaan of de gedeclareerde zorg overeen met de behandeling die zij hebben ontvangen. Als een factuur niet klopt kan dat wijzen op een fout of een misstand. Patiënten zijn voor toezichthouders en opsporingsdiensten dus een belangrijke bron van informatie, maar zeker niet de enige. Zo krijgt de NZa ook informatie van professionals uit de zorg, via de media en via andere kanalen, zoals het Fraudeverzamelpunt, informatie over mogelijke misstanden in de zorg.

Kostenbewustzijn bij patiënten is een belangrijke voorwaarde om declaratiefouten en fraude te kunnen voorkomen en signaleren, zoals de leden van D66 terecht opmerken. Zoals ik in mijn brief over kostenbewustzijn van 25 oktober 2013 heb aangegeven maakt het complexe karakter van de medisch-specialistische zorgverlening het niet altijd mogelijk om vooraf inzicht te hebben in de te maken kosten.¹¹ Vaak wordt pas gedurende een behandeling duidelijk welke zorg een patiënt nodig heeft. De vergelijking met de mondzorg, waar de leden van de D66-fractie aan refereren, is daarom niet helemaal te maken. Wel bekijken we in het kader van het communicatietraject met de veldpartijen hoe hier invulling aan kan worden gegeven. Daarnaast loopt er een traject met DBC Onderhoud om de gemiddelde prijzen van behandelingen te publiceren.

In de situatie dat het behandeltraject vooraf wel duidelijk is, kan de patiënt bij veel ziekenhuizen het passantentarief van een DBC-zorgproduct vinden op de website van het ziekenhuis.

Ook voor artsen is het, met oog op een doelmatige inzet van de beschikbare middelen voor de zorg, van belang dat zij zich bewust zijn van de kosten van een behandeling. In het gesloten onderhandelaarsakkoord medisch-specialistische zorg 2014 – 2017 hebben veldpartijen ook afgesproken meer doelmatigheid te realiseren in voorschrijven en behandelen. Veldpartijen pakken deze handschoen zelf op. Zo is de Orde van Medisch Specialisten gestart met een campagne om medisch specialisten en hun patiënten te helpen met het maken van verstandige keuzes in de zorg. Om dit mogelijk te maken stelt elke wetenschappelijke vereniging een lijst samen met interventies op hun vakgebied die niet (meer) of minder kunnen worden gedaan. Deze adviezen zijn *evidence based* en voorzien van een toelichting voor patiënten. Door kritischer te kijken naar de medische meerwaarde van een behandeling en hierover in gesprek te gaan met de patiënt, stijgt de kwaliteit van de zorg en dalen tegelijk de kosten.

Naast inzicht in de kosten is het voor zorgaanbieders ook een randvoorwaarde dat zij beschikken over voldoende kennis van de geldende wet- en regelgeving en de interpretatie daarvan in de praktijk. Met andere woorden, de kaders en begripsdefinities moeten helder en eenduidig zijn. Inmiddels is in samenspraak met de partijen die deel uitmaken van de Taskforce Integriteit Zorgsector en het traject Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces een gezamenlijk begrippenkader ontwikkeld.¹² De betrokken partijen informeren hun achterban over hoe om te gaan met onduidelijkheden. Ook is er regionaal steeds meer overleg tussen zorgaanbieders en verzekeraars over hoe om te gaan met onduidelijkheden. Daarnaast heeft de NZa op landelijk niveau een overleg in het leven geroepen dat er op gericht is om het «grijze gebied» te verkleinen door regels te verhelderen of nader te duiden. Tegelijkertijd is afgesproken om deze duidingen van de NZa te stroomlijnen in de tijd, om te voorkomen dat instellingen voortdurend duidingen krijgen met terugwerkende

¹¹ Kamerstuk 28 828, nr. 53.

¹² Kamerstuk 28 828, nr. 54 (bijlage 5: Voortgangsrapportage Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces).

kracht. Ik verwijs u verder naar het plan van aanpak en de tussenrapportage van het traject IKCD, waarin nader op dit onderwerp wordt ingegaan.

Cultuurverandering en integriteit

De leden van de fracties van, D66 de PVV en de SP hebben vragen gesteld die betrekking hebben op een cultuurverandering in de zorgsector en het bevorderen van integriteit en goed bestuur.

De initiatieven en ontwikkelingen waar ik naar aanleiding van uw vragen in deze brief een toelichting op heb gegeven, laten zien dat partijen in de zorg in toenemende mate hun verantwoordelijkheid nemen als het gaat om het tegengaan en aanpakken van fraude en oneigenlijk gebruik. Daarmee dragen zij bij aan de totstandkoming van een zorgbrede cultuur waarin fraude en oneigenlijk gebruik niet worden geaccepteerd.

Ten aanzien van de beleidsvoornemens over goed bestuur in de zorg heb ik in mijn brief van 19 september 2013 reeds aangegeven de motie Gerbrands niet te volgen.¹³ Wel heb ik aangekondigd een aantal voorwaarden te stellen om goed bestuur te bevorderen, namelijk de introductie van een verklaring omtrent het gedrag (VOG) voor bestuurders in de zorg en een vergewisplicht voor toezichthouders. Daarbij heb ik aangegeven dat er nu al een bestaand strafrechtelijk bestuursverbod geldt en dat er een voorstel is gedaan voor een civielrechtelijk bestuursverbod. Verder heeft de Minister van Veiligheid en Justitie op 12 november jl. nadere maatregelen aangekondigd met betrekking tot het aanscherpen van de aansprakelijkheid van bestuurders en interne toezichthouders in het Burgerlijk Wetboek, inclusief de aansprakelijkheid van interne toezichthouders bij verenigingen en stichtingen. Dit laatste is op dit moment nog niet het geval.¹⁴ Ook binnen de zorgsector zelf lopen er diverse initiatieven om het interne toezicht te professionaliseren en zorgbestuurders te accrediteren. Zo is de Taskforce Integriteit Zorgsector bezig met het ontwikkelen van indicatoren die een aanwijzing kunnen zijn voor mogelijke normoverschrijdingen door zorgbestuurders. Ik ben van mening dat genoemde maatregelen bij elkaar een sterk fundament vormen om (potentieel) disfunctionerende bestuurders en toezichthouders in de zorg te weren.

Ten slotte

Fraude in de zorg is niet acceptabel. Daarom zet ik alles op alles om fraude waar mogelijk te voorkomen en waar nodig hard aan te pakken. Om fraude effectief aan te pakken is het van belang dat de keten van preventie, controle, toezicht, opsporing en handhaving goed functioneert. In het plan van aanpak dat ik op 16 september 2013 aan uw Kamer heb gestuurd, heb ik de contouren geschetst voor de fraudeaanpak. De komende periode werk ik dit plan met alle betrokken partijen verder uit op basis van het onderzoek dat de NZa momenteel uitvoert, de activiteiten van de Taskforce Integriteit Zorgsector, en het traject Intensivering Ketenaanpak Correct Declaratieproces, de uitkomsten van risicoanalyses bij AWBZ-ZIN, geestelijke gezondheidszorg en de medisch-specialistische zorg, en de (deel)resultaten van de trajecten die ik in verschillende voortgangsrapportages heb benoemd. Ik verwacht u eind 2014 een samenhangend werkprogramma voor de aanpak van fraude te kunnen sturen. Daarin adresseer ik tevens de ontwikkelingen rond het stelsel

¹³ Kamerstuk 32 012, nr. 15

¹⁴ Kamerstuk 33 750 VI, nr. 31.

langdurige zorg, de curatieve zorg, de maatschappelijke ondersteuning én de jeugdzorg.