

VOORTGANG RECHTMATIGE ZORG 2015

Vierde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	3
Aanleiding	3
Leeswijzer	3
2. INTEGRALE AANPAK	4
Gezamenlijke inzet.....	4
Zorgbreed	4
Investeren in samenwerking, preventie, controle en handhaving	4
Voortborduren op goede initiatieven, extra inzet waar nodig	4
3. VOORTGANG	5
Thema 1. Ketenbrede samenwerking	5
A. Partijen zijn zich bewust van elkaars rollen en werken samen aan een goede aansluiting van hun inzet	5
B. Partijen in de keten beschikken over voldoende informatie om onrechtmatigheden aan te pakken.....	6
C. Gemeenten zijn voldoende geëquipeerd voor een effectieve aanpak van fouten en fraude	6
Thema 2. Preventie	8
A. Wet- en (declaratie)regelgeving is duidelijk en fraudebestendig.....	8
B. Aanbieders registreren en declareren correct en hebben hun proces daarop ingericht.....	9
C. Potentiële fraudeurs zijn in zicht bij de toetreding tot de zorg en worden waar mogelijk geweerd	13
Thema 3. Controle	14
A. Controles brengen onrechtmatigheden effectief en efficiënt aan het licht	14
B. Controlemogelijkheden zijn duidelijk en worden voldoende benut.....	15
C. Patiënten en cliënten controleren actief en melden vermoedens van fraude	17
Thema 4. Handhaving	18
A. Er is voldoende capaciteit en toegang tot benodigde gegevens bij handhavingspartners.....	18
B. De samenwerking tussen handhavingspartners leidt tot een effectieve handhaving	19
C. Handhavingsinstrumenten worden passend ingezet waardoor het effect ervan optimaal is	21

1. INLEIDING

Aanleiding

Samen met de zorgsector dringt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) fouten en fraude bij betalingen in de zorg verder terug. Daartoe hebben we in nauw overleg met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, handhavingspartners en organisaties van patiënten en cliënten het programmaplan *Rechtmatige Zorg: aanpak fouten en fraude 2015 – 2018* (hierna programma *Rechtmatige Zorg*) opgesteld.¹ Met ruim twintig nieuwe activiteiten op het gebied van samenwerking, preventie, controle en handhaving werken alle betrokken partijen samen aan een verdere versterking van de solidariteit en het vertrouwen in de zorg.

Jaarlijks stellen we een voortgangsrapportage op, waarin we terugblikken op het uitgevoerde werk, de geleverde producten en de behaalde resultaten. Daarnaast kijken we vooruit naar de beoogde opbrengsten in het komende jaar en de aanvullende inzet die we daarvoor plegen.

Leeswijzer

Tot op heden werd in de voortgangsrapportages over de aanpak van fouten en fraude altijd gerapporteerd in vorm van een brief met een overzicht van alle voortgang. Met de ontwikkeling van het programma *Rechtmatige Zorg* is gekozen voor een integrale aanpak waarin betrokken partijen gecoördineerde activiteiten inzetten die gericht zijn op het bereiken van doelstellingen op vier thema's: samenwerking, preventie, controle en handhaving. De rapportage '*Voortgang Rechtmatige Zorg 2015*' is de eerste rapportage die in het stramien van deze integrale aanpak is vormgegeven. Hoofdstuk 2 van de rapportage bevat een korte beschrijving van de aanpak, waarna we in hoofdstuk 3 per thema en de onderliggende doelstellingen rapporteren wat de stand van zaken is van de activiteiten die we inzetten.² Daarbij lichten we in enkele kaders voorbeelden uit van de ontwikkeling die door verschillende partijen in gang is gezet. In de bijhorende brief bij deze rapportage leest u de belangrijkste conclusies ten aanzien van de voortgang en onze inzet en die van anderen voor de komende periode.

¹ Kamerstukken II, 2014/15, 28 828 nr. 89

² Zie ook '*Overzicht doelstellingen en activiteiten – Programma Rechtmatige Zorg: aanpak van fouten en fraude in de zorg*': <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2015/03/27/overzicht-doelstellingen-en-activiteiten-programma-rechtmatige-zorg-aanpak-van-fouten-en-fraude-in-de-zorg>

2. INTEGRALE AANPAK

Elke euro in de zorg moet correct worden besteed. Dat is de ambitie van de partijen die aan het programma Rechtmatige Zorg bijdragen. De samenleving mag dat ook verwachten. Fouten en fraude bij betalingen in de zorg kosten de samenleving geld. Ze schaden het vertrouwen in zorgaanbieders en ondermijnen de solidariteit in de zorg. Daarom investeren we in een integrale en zorgbrede aanpak van fouten en fraude. Samen kijken we naar de mogelijkheden om regels eenvoudiger en eenduidiger te maken, onrechtmatigheden eerder te signaleren en te corrigeren, en fraudeurs sneller op te sporen en passend te bestraffen.

Gezamenlijke inzet

Een goede aanpak van fouten en fraude vraagt om een gezamenlijke inzet. Alle betrokken partijen dragen vanuit hun positie bij aan het voorkomen en bestrijden van fouten en fraude. Zorgaanbieders werken samen met zorgverzekeraars aan correcte registraties en declaraties. Zorgverzekeraars en gemeenten versterken hun controles om onrechtmatigheden tijdig en adequaat te signaleren. Waar mogelijk assisteren patiënten en cliënten door hun zorgnota te controleren. Toezichthouders, opsporingsdiensten en het Openbaar Ministerie (OM) werken nauw samen om overtreders op te sporen en passend te bestraffen. Het ministerie van VWS zorgt samen met andere regelgevende organisaties voor duidelijke en fraudebestendige wet- en regelgeving. Daarnaast voeren we waar nodig regie op de aanpak, door samenwerking en gezamenlijke inzet te stimuleren en faciliteren.

Zorgbreed

Dit programma richt zich op het bevorderen van de rechtmatigheid in alle vier de zorgdomeinen, te weten de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 en de Jeugdwet. Met de recente verschuiving van activiteiten en verantwoordelijkheden door decentralisering hebben we daarbij extra aandacht voor ondersteuning in het gemeentelijk domein. Meer hierover leest u in paragraaf 3, bij thema 2. Bij de aanpak van fouten en fraude richten we ons zowel op zorg in natura, als zorg en ondersteuning ingekocht via persoonsgebonden budget (pgb). Over de inzet op een toekomstgericht en fraudebestendig pgb informeren we u nader in de 'Meerjarenaanpak solide pgb in de Wlz'.

Investeren in samenwerking, preventie, controle en handhaving

Met het programma Rechtmatige Zorg investeren we samen met betrokken partijen op alle fronten in de aanpak van fouten en fraude: van de preventie van onrechtmatigheden door duidelijke wet- en regelgeving, via een goede controle op mogelijke fouten en fraude door afstemming bij controles, tot een effectieve inzet van handhaving door intensief en gezamenlijk onderzoek bij overtredingen. Goede samenwerking, afstemming en informatiedeling staan centraal in het programma.

Voortborduren op goede initiatieven, extra inzet waar nodig

We sluiten aan bij de goede initiatieven die er al zijn. Met acties gericht op correct declareren en het stimuleren van integriteit in de zorgsector is al een aantal goede stappen gezet om fouten in betalingen te voorkomen en fraudeurs aan te pakken. Deze initiatieven geven we ruimte en vertrouwen. We ondersteunen ze waar mogelijk en bieden een podium voor goede voorbeelden. Wanneer meer inzet nodig is, dan gaan we daar samen met de sector mee aan de slag.

RECHTMATIGE ZORG

Bij de inzet op rechtmatige zorg maken we onderscheid tussen het aanpakken van:

Fouten, waarbij regels als gevolg van onduidelijkheid, vergissingen of onoplettendheid onbedoeld worden overtreden.

Fraude, waarbij opzettelijk en doelbewust in strijd met de regels wordt gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.

3. VOORTGANG

Thema 1. Ketenbrede samenwerking

Alle partijen werken actief samen aan rechtmatigheid in de zorg. Er is een duidelijke rolverdeling en een goede aansluiting in werkzaamheden. Organisaties informeren elkaar over hun inzet en bevindingen, en trekken gezamenlijk op bij hun aanpak waar dat nuttig en noodzakelijk is. Er is voldoende kennisontwikkeling en kennisdeling en gemeenten worden ondersteund bij hun nieuwe taken vanuit de Jeugdwet en de Wmo 2015.

A. Partijen zijn zich bewust van elkaars rollen en werken samen aan een goede aansluiting van hun inzet

Centraal meldpunt voor alle signalen over zorgfraude

Om het melden van vermoedens van onrechtmatigheden in de zorg makkelijker te maken en de afhandeling van deze signalen te verbeteren, hebben we in het voorjaar van 2015 een centraal meldpunt zorgfraude aangekondigd. De afgelopen maanden hebben we samen met handhavingpartijen en veldpartijen verkend hoe we vorm kunnen geven aan dit centraal meldpunt. Daarbij zijn ook de bevindingen van de eindrapportage en externe evaluatie van de pilot 'Vroegtijdige signalering van mogelijke zorgfraude' meegenomen. In dit pilot-project is door vijf verschillende cliëntenorganisaties samengewerkt bij het openstellen van meldpunten. Belangrijke uitgangspunten voor het centraal meldpunt die naar voren kwamen zijn: een goede vindbaarheid en laagdrempeligheid van het meldpunt, een goede terugkoppeling wat er met een melding is gedaan en helderheid voor burgers.³ Op basis hiervan is besloten om één fraudemeldpunt in te richten waar iedereen terecht kan met alle meldingen over zorgfraude. Hiervoor wordt een voorziening gecreëerd naast het meldpunt van de NZa. De verantwoordelijke ketenpartners werken daarbij binnen de eigen bevoegdheden aan de afhandeling van de signalen. Om meldingen voor het gemeentelijke domein af te kunnen afhandelen, zijn we voornemens om ook gemeenten aan te sluiten op het meldpunt. Daarnaast ontvangen medewerkers aanvullende training. Goede communicatie richting melders, zowel burgers als zorgverleners en andere medewerkers in de zorg, is daarbij een specifiek aandachtspunt.

CENTRAAL MELDPUNT VOOR ALLE MELDINGEN OVER ZORGFRAUDE

Voor een verdere verbetering van de afhandeling van signalen kan iedereen vanaf begin 2016 met alle meldingen over zorgfraude terecht bij één fraudemeldpunt.

Multidisciplinair samenwerkingsverband

Sinds 2013 werken zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het OM in de pilot Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (Ezb) samen aan de opvolging van fraudesignalen en het vergaren van gedeelde kennis. De afgelopen maanden hebben de betrokken partijen de pilot geëvalueerd. Daaruit bleek dat multidisciplinaire samenwerking belangrijke meerwaarde heeft voor de aanpak van fouten en fraude, maar dat de samenwerkingsvorm nog verbeterd kan worden. Het Ezb zal daarom in 2016 plaatsmaken voor een nieuw samenwerkingsverband, dat we in nauwe samenhang met het meldpunt voor zorgfraude zullen vormgeven.

³ Conform toezegging informeren wij u hiermee over de belangrijkste bevindingen van de rapportage over de 'pilot vroegtijdige signalering van mogelijke fraude in de zorg informeren' (TK 2014/15, 32 012, nr. 25)

B. Partijen in de keten beschikken over voldoende informatie om onrechtmatigheden aan te pakken

Kennisagenda Rechtmatige Zorg

Gedeelde kennis over de aard, achtergrond en aanpak van onrechtmatigheden is essentieel voor een gerichte aanpak van fouten en fraude. We hebben daarom met handhavingspartijen afgesproken om jaarlijks een gezamenlijke kennisagenda op te stellen, waarin wordt vastgelegd welke onderzoeken worden uitgevoerd, en hoe de opgedane kennis actief wordt gedeeld. Als onderdeel van de kennisagenda van 2015 wordt dit najaar een inventarisatie-onderzoek uitgezet naar de inzet van het tuchtrecht en civiel recht door zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders. Om de opgedane kennis eenvoudig beschikbaar te maken is een gedeeld kennisportaal ontwikkeld, waar deelnemers de uitkomsten van onderzoeken en analyses delen. Dit najaar stellen de betrokken partijen een nieuwe agenda op voor 2016.

Jaarlijks congres Rechtmatige Zorg

1 oktober jl. vond in Den Haag het eerste congres Rechtmatige Zorg plaats. Aan de bijeenkomst namen ruim 270 personen deel, die allen vanuit verschillen partijen werken aan de aanpak van fouten en fraude. Aanwezig waren onder meer medewerkers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM. Doel van de dag was dat de uiteenlopende partijen actief met elkaar kennis zouden maken en kennis zouden delen. Direct bij de start van het congres nam iedereen plaats aan ronde tafels om te discussiëren over een aantal stellingen. Dit zette de toon voor de rest van de dag: het uitwisselen van perspectieven en zoeken van toenadering tussen diverse partijen. Verdere kennismaking werd gestimuleerd door deelsessies in de vorm van 'kijkjes in de keuken' bij onder meer een pgb-budgethouder, een ziekenhuis, een toezichthouder en een officier van justitie. In workshops deelden de deelnemers kennis over hun rol en aanpak bij het voorkomen en bestrijden van fouten en fraude. In het digitale verslag van het congres op <http://www.magazine-on-the-spot.nl/rechtmatigezorg/index.html> ziet en leest u meer over de inhoud en opbrengsten van de dag. Er zijn veel nuttige contacten gelegd en de dag werd door de deelnemers als zeer positief en geslaagd ervaren. 95% van de respondenten gaf in de evaluatie van het congres aan dat het doel van het congres om partijen van verschillende achtergronden te ontmoeten, in gesprek te raken en van elkaar te leren bij hen persoonlijk is bereikt. Het congres werd gemiddeld beoordeeld met een 8. In het najaar van 2016 zal er opnieuw een congres Rechtmatige Zorg plaatsvinden.

INFORMATIEPUNT VOOR GEMEENTEN

Op haar website heeft de VNG een digitaal informatiepunt voor gemeenten ingericht, waar informatie beschikbaar is over de aanpak van onrechtmatigheden in het gemeentelijk domein.

C. Gemeenten zijn voldoende geëquipeerd voor een effectieve aanpak van fouten en fraude

Kennisdeling over de aard en aanpak van onrechtmatigheden

We werken samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) aan de ondersteuning van gemeenten bij hun nieuwe taken op het gebied van het voorkomen en bestrijden van onrechtmatigheden. Op basis van een peiling naar informatiebehoeften onder gemeenten is de VNG deze zomer gestart met de inrichting van het ondersteuningsaanbod. Op haar website heeft de VNG een digitaal informatiepunt voor gemeenten ingericht, waar informatie beschikbaar is over de aanpak van onrechtmatigheden in het gemeentelijk domein.⁴ Op een bijhorend forum kunnen gemeenten elkaar bevragen en ervaringen en goede voorbeelden delen. Het informatiepunt wordt bemenst door een expertteam, met kennis van de Wmo 2015 en

⁴ <https://vng.nl/onderwerpenindex/sociaal-domein/fraudepreventie-en-handhaving>

Jeugdwet en ervaring met handhaving op het gemeentelijk domein. Het expertteam van de VNG is in de eerste plaats beschikbaar voor het beantwoorden van vragen van gemeenten over de aanpak van fouten en fraude. Daarnaast zal het team verschillende handreikingen opstellen voor gemeenten. Onder meer over de mogelijkheden van gegevensuitwisseling bij signalen van fraude. Inzet is dat de gedeelde kennisbasis via het informatiepunt steeds verder wordt uitgebreid. Op basis van praktijksituaties bij gemeenten, ervaringen vanuit andere domeinen en producten van het expertteam wordt het informatiepunt de komende periode verder verrijkt. Hiertoe zal het expertteam ook een reeks van regiobijeenkomsten voor gemeenten organiseren waar zij kennisproducten verder toelichten en partners hun bevindingen met gemeenten delen.

Pilot gemeentelijke fraudeaanpak

De gemeente Gorinchem is dit voorjaar samen met een aantal buurgemeenten en de Erasmus universiteit gestart met een gezamenlijke pilot gericht op het voorkomen en bestrijden van fouten en fraude bij de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet. De pilot wordt financieel ondersteund door het ministerie van VWS en de VNG. De eerste fase van de pilot bestaat uit een onderzoek naar de te verwachten aard en omvang van onrechtmatigheden bij betalingen in de gemeenten. De pilot-gemeenten verwachten de resultaten van dit onderzoek in het najaar en zullen deze actief met andere gemeenten delen via het informatiepunt van de VNG. In het vervolg van de pilot richten de gemeenten en onderzoekspartners zich op het definiëren van randvoorwaarden om onrechtmatigheden te voorkomen en het ontwikkelen van instrumenten om gesignaleerde fouten en fraude aan te pakken.

Thema 2. Preventie

Wet- en regelgeving, bekostigingssystemen en financiële processen zijn transparant, eenduidig en fraudebestendig. Zowel zorgverleners, bestuurders als patiënten en cliënten handelen integer. Zorgverleners zijn zich bewust van het belang van correcte registratie en facturatie en zijn op de hoogte van de regelgeving. Interne controles en toezicht binnen zorgaanbieders helpen fouten te voorkomen. Individuen of organisaties die de zorgmarkt willen betreden om misbruik te maken van het systeem worden zoveel mogelijk geweerd.

A. Wet- en (declaratie)regelgeving is duidelijk en fraudebestendig

Verduidelijken en verbeteren van declaratieregelgeving en informatievoorziening

DBC-Onderhoud is op 1 mei 2015 samengegaan met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Dat betekent dat er nu één organisatie verantwoordelijk is voor de uitgangspunten, prestaties, tarieven, regelgeving en het onderhoud en beheer van bekostigingssystemen. Zowel voor de medisch-specialistische zorg (msz), de geriatrie revalidatiezorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de forensische zorg. Dit biedt veldpartijen één loket om aanvragen voor nieuwe prestaties en tarieven in te dienen en eventuele vragen te stellen. De NZa integreert momenteel alle documenten van DBC-onderhoud en haar eigen documenten over correcte registratie en declaratie met de beleidsregels en nadere regels. Mogelijke tegenstrijdigheden in regels, beschrijvingen en communicatie kunnen hierdoor beter worden voorkomen. Daarnaast stelt de NZa haar regels sinds vorig jaar minimaal een half jaar voor inwerkingtreding vast. De prestaties, tarieven en regelgeving die per 1 januari 2016 in werking zijn getreden, zijn in concept in mei 2015 bekend gemaakt en op 1 juli van dit jaar vastgesteld. Vanaf maart 2015 zet de NZa alle stukken in voorbereiding op wijzigingen in prestaties, tarieven in de sectoren msz, ggz en Wlz ook online op de NZa-website, zodat iedereen hier input op kan geven.

AANSCHERPING BEKENDMAKING NIEUWE REGELS

De NZa stelt haar regels nu minimaal een half jaar voor inwerkingtreding vast. Daarnaast zet de NZa in de voorbereiding op wijzigingen in de sectoren msz, ggz en Wlz ook alle relevante stukken online, zodat een ieder hier input op kan geven.

In het kader van de invoering van de Wlz heeft de NZa intensief overleg met Zorginstituut Nederland (ZiNL) gevoerd over aansluiting van bekostiging en Wlz-aanspraak. Van alle prestatiebeschrijvingen is bepaald of ze nog onder de Wlz-aanspraak vallen. Waar dit het geval was, is dit met de beleidsregels van 2015 verduidelijkt. In sommige gevallen was het niet helder of een prestatie onder de aanspraak viel. In 2015 is hier een nadere analyse op gedaan en in de beleidsregels ten behoeve van 2016 is hier meer helderheid in gegeven. Daarnaast heeft de NZa in overleg met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) ten behoeve van 2016 op veel punten de prestaties verduidelijkt, bijvoorbeeld op het punt van afwezigheid door tijdelijke opname in ziekenhuis en welke toeslagen onder welke omstandigheden in rekening worden gebracht. Naast verduidelijking van declaratieregelgeving werkt de NZa op ons verzoek aan een plan om de DOT-systematiek binnen de huidige wetgeving verder te vereenvoudigen. Daarbij heeft de toezichthouder ook oog voor de wens van veldpartijen voor rust in de bekostiging(regels).

Toetsen van de fraudegevoeligheid van wet en regelgeving

Om de belangrijkste risico's op fraude te ondervangen, toetsen we sinds 2013 nieuwe zorgwet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen op fraudebestendigheid. Waar nodig passen we wet- en regelgeving of de uitvoering ervan aan om de risico's weg te nemen of te verkleinen. Het afgelopen jaar is onder andere, zoals toegezegd, de lagere regelgeving bij de Wlz aan een fraudetoets onderworpen. Voor de wijziging van het Besluit langdurige zorg en het Besluit uitbreiding en beperking werkingssfeer WMG, in verband met onder meer de logeervervoorziening, heeft dit geleid tot het opstellen van een normenkader voor logeeropvang om frauderisico's op dit vlak te beperken. Verder is onder meer de verankering van het Zvw-pgb in de Zorgverzekeringswet op frauderisico's getoetst. Hierbij is met behulp van een expertbijeenkomst geëxpliciteerd wie een verzekerde mag vertegenwoordigen om in aanmerking te komen voor een Zvw-pgb. De komende periode blijven we de fraudetoets inzetten om frauderisico's preventief te beperken. Het komende jaar toetsen we onder meer de tweede nota van wijziging bij de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg en de wijziging van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (naar aanleiding van evaluatie) op fraudegevoeligheden. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders analyseren om effectieve controles op te kunnen stellen jaarlijks de beleidsregels van de NZa voor de ggz, msz en Wlz. Regels die moeilijk of niet uit te voeren zijn of regels waarover veel interpretatieverschil bestaat, leggen zij terug bij de NZa voor aanpassing of verduidelijking. Onder leiding van ZN inventariseren zorgverzekeraars daarnaast breder welke wet- en regelgeving onduidelijkheden of onwenselijkheden bevat ten aanzien van een goede inrichting van fraudebeheersing. ZN zal de resultaten van deze analyse later dit jaar aanbieden aan het ministerie van VWS en de NZa.

Een fraudebestendig persoonsgebonden budget in vier stelsels

Momenteel wordt een verkenning uitgevoerd naar een meer fraudebestendig pgb in de Wlz, Zvw, Wmo 2015 en de Jeugdwet. Doel van het onderzoek is het in kaart brengen van de belangrijkste risico's in de nieuwe situatie vanaf 1 januari en het verkennen van mogelijke beheersmaatregelen waar nodig. Daarbij wordt gekeken naar de verschillende actoren die bij het pgb betrokken zijn, wat hun wettelijke taken en plichten zijn en hoe het uitvoeren van deze taken in de praktijk verloopt. We verwachten u de resultaten van deze verkenning eind dit jaar te kunnen sturen.

Toerusting pgb-houders

Uit het 'Thematisch onderzoek aanpak pgb-fraude' dat de NZa dit voorjaar heeft gepubliceerd, blijkt dat de kennis die budgethouders nodig hebben als zij aan het budgethouderschap starten vaak onvoldoende is.⁵ Zo is een kwart van de aanvragers niet op de hoogte van de rechten en plichten die verbonden zijn aan een pgb. Dit vergroot de kans op fouten en maakt budgethouders kwetsbaar voor misleidende praktijken. De NZa benadrukt in hetzelfde rapport dat maatregelen ten behoeve van een meer solide pgb, zoals een bewustkeuzegesprek, zeer bijdragen aan het verminderen van de risico's op pgb-fraude. Zorgkantoren zetten de komende tijd in op de doorontwikkeling van het bewustkeuzegesprek zodat (aspirant)budgethouders weten waar zij aan beginnen en welke verantwoordelijkheden horen bij het pgb wanneer zij een pgb aanvragen. In het verlengde hiervan zijn wij in gesprek met Per Saldo over de inrichting van een pilot waarin we budgethouders door middel van nadere voorlichting ten aanzien van de rechten, plichten en risico's beter toerusten om het pgb te beheren. We verwachten op korte termijn een besluit te kunnen nemen over de inrichting van deze pilot in 2016.

B. Aanbieders registreren en declareren correct en hebben hun proces daarop ingericht

Verbeteren van de kwaliteit van registraties en declaraties

In de werkgroepen correct declareren voor de msz en de ggz werken zorgaanbieders sinds dit voorjaar samen met de NZa en ZN verder aan het verbeteren van de kwaliteit van registraties en declaraties. De activiteiten

⁵ <http://www.nza.nl/104107/138040/Vervolgrapport-Thematisch-onderzoek-aanpak-PGB-fraude.pdf>

richten zich op het versterken van de bewustwording, de verbetering van administratieve processen en het stimuleren van actieve kennisuitwisseling. Doel hierbij is om naast een bevordering van de rechtmatigheid, ook bij te dragen aan een versnelling van de informatievoorziening. De insteek van de werkgroepen is om bestaande initiatieven uit te wisselen en eventuele nieuwe initiatieven te verkennen of te faciliteren. De afgelopen periode is een overzicht gecreëerd van de diverse activiteiten die veldpartijen en de toezichthouder NZa ontplooiën op het terrein van snel en correct registreren en declareren, zodat best practices kunnen worden gedeeld. Daarmee geven we tevens invulling aan de toezegging in het zorgfraudedebat van 5 februari 2015 om initiatieven op het terrein van moraliteit te inventariseren.

Medisch-specialistische zorg

Veldpartijen in de msz hebben het afgelopen jaar de aandacht voor correct declareren, die met het jaarrekeningtraject msz was ingezet, geïntensiveerd. Op basis van het convenant over de gezamenlijke aanpak van controles over 2014, maken de partijen momenteel afspraken over de controles over 2015 en 2016. Om de inrichting van de declaratie- en controleketen te verbeteren is er in het verlengde van het convenant een handreiking rechtmatigheidscontroles 2014 opgesteld. Op basis van de handreiking hebben de ziekenhuizen zelfonderzoeken uitgevoerd, die de zorgverzekeraars momenteel reviewen. Voor 2015 is inmiddels door ZN, NVZ en NFU een concepthandreiking opgesteld. Nog voor het eind van dit jaar willen de partijen ook een handreiking opstellen voor 2016. Om het bewustzijn ten aanzien van een correcte registratie en declaratie verder te bevorderen, investeren de veldpartijen daarnaast in voorlichting. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZKN) en Universitair Medische Centra (UMC's) hebben het belang van correct declareren het afgelopen jaar met voorlichtingsmateriaal en in bijeenkomsten intensiever onder de aandacht gebracht bij ziekenhuizen en bij zelfstandige behandelcentra. De Federatie Medisch Specialististen (FMS) heeft een gedragsregel Correct Registreren opgesteld over de verantwoordelijkheden van artsen in het kader van correct declareren. De FMS stelt de gedragsregels, die een normenkader meegeven, actief beschikbaar aan leden. Daarnaast heeft de werkgroep Correct Registreren van de FMS een registratiewijzer gepubliceerd die de registratieregels voor medisch specialisten verheldert, zodat zorgaanbieders onjuiste registraties kunnen voorkomen. De registratiewijzer wordt bijgewerkt bij elke nieuwe release van registratieregels.

BEWUSTWORDING CORRECT DECLAREREN

De Federatie Medisch Specialististen heeft een gedragsregel Correct Registreren opgesteld en een registratiewijzer gepubliceerd die specialisten ondersteunt bij het registreren en declareren van behandelingen.

Ook de NZa zet stevig in op de bevordering van een correcte registratie en declaratie. Naast het doorlopende toezicht van de NZa op zorgverzekeraars, wordt er intensief toezicht gehouden op correct declareren van zorg door ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. De NZa voert zowel gesprekken met de Raden van Bestuur van zorgaanbieders als met brancheorganisaties om het thema correct declareren nadrukkelijker op de agenda te krijgen en bewustwording te creëren. Daarnaast stelt de toezichthouder begin 2016 een brochure beschikbaar met adviezen voor leden van Raden van Toezicht. De brochure geeft handreikingen over de wijze waarop zij de bestuurders van hun instelling kritisch kunnen bevragen op het juist registreren en declareren van zorg. De NZa is ook gestart met een onderzoek naar de manier waarop ziekenhuizen in hun complianceprogramma's aandacht besteden aan het thema correct registreren en declareren van zorg. Compliance betreft het zorgdragen voor de correcte naleving van alle relevante regelgeving. Dit onderzoek moet leiden tot een handreiking voor ziekenhuizen om hun compliance beter te kunnen inrichten. In 2016 zal de NZa tot slot een inventariserend onderzoek uitvoeren naar de kwaliteit van de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) bij ziekenhuizen.

Geestelijke gezondheidszorg

Het afgelopen jaar zijn in het kader van het jaarrekeningtraject ggz belangrijke stappen gezet om tot goedkeurende controleverklaringen bij de jaarrekeningen 2014 te komen. Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk met ZN en GGZ Nederland een uniforme lijst van controlepunten vastgesteld voor de verzekeraarscontroles 2013 en 2014, inclusief een toetsings- en normenkader. Hiermee is een verdere normverduidelijking bereikt. Daarnaast hebben zorgverzekeraars, ZN en GGZ Nederland overeenstemming bereikt over de procesmatige inrichting van de verzekeraarcontroles over 2013 in de vorm van een gezamenlijk, uniform controleplan. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars werken momenteel voor 2016 aan een landelijke regeling AO/IC. Een goede AO/IC helpt om fouten te voorkomen en brengt onrechtmatigheden snel aan het licht. Over de verdere voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak jaarrekeningen ggz informeren we u eind dit jaar nader.

Brancheorganisaties in de ggz hebben het afgelopen jaar ook initiatieven ingezet om correct declareren meer onder de aandacht te brengen bij de leden. Onder meer door het organiseren van bijeenkomsten en het verschaffen van informatie over declaratieregels. Het Nederlands Instituut van Psychologen, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten hebben in gezamenlijkheid een plan van aanpak opgesteld voor het verbeteren van het proces van registreren en declareren door vrijgevestigde ggz-zorgaanbieders. Doelstelling van het plan is om veel voorkomende fouten en knelpunten systematisch in kaart te brengen en met concrete verbetervoorstellen risico's op fouten significant te verminderen. De uitvoering van het plan wordt in het voorjaar van 2016 afgerond. De NZa heeft dit najaar een onderzoek afgerond naar de mate van regel naleving in de GGZ. Het onderzoek geeft de NZa een beter beeld van de attitude en handelswijze van zorgaanbieders bij het registratie- en declaratieproces. Daarmee geeft het belangrijke aanknopingspunten voor regulering en toezicht. Tevens voert de NZa op basis van declaratie en registratiegegevens data-analyses uit. De NZa bekijkt welke zorgaanbieders afwijken van het gemiddelde declaratie- en registratiegedrag. Indien er afwijkingen en/of signalen zijn dat declaraties niet kloppen, dan is dit voor de NZa aanleiding om een onderzoek te starten naar correct declareren bij de zorgaanbieders. Daarnaast heeft de NZa ook dit jaar een congres georganiseerd over de implementatie van het DBC-pakket waar toelichting wordt gegeven over nieuwe beleidsregels.

Borgen rechtmatigheid bij de hervorming van de Langdurige Zorg en Jeugdwet

Met de hervorming van de langdurige zorg en Jeugdwet hebben gemeenten ook een nieuwe verantwoordelijkheid in de aanpak van onrechtmatigheden. De Nederlandse Beroepsvereniging van Accountants (NBA) constateerde dit voorjaar dat gemeenten op dit vlak goede stappen zetten.⁶ Ook in de uitwisseling van gegevens tussen gemeenten en ketenpartners is er vooruitgang; controleprotocollen worden uitgewerkt en uitgewisseld. De NBA constateerde echter ook dat er nog uitdagingen zijn en roept gemeenten op prioriteit te geven aan een actieplan om 'in control' te raken. Wij ondersteunen deze oproep en benadrukken dat sprake is van een decentrale verantwoordelijkheid. Dat neemt echter niet weg dat we in samenwerking met de VNG een ondersteunende rol op ons nemen om gemeenten en zorgaanbieders te faciliteren. Samen met ketenpartners hebben we in kaart gebracht waar knelpunten liggen ten aanzien van verantwoording. Op basis van deze punten ontwikkelen we gezamenlijk met veldpartijen handvatten op voor het opstellen van contracten en verantwoording. Zo stelt de VNG een modeloplegger beschikbaar die gemeenten en zorgaanbieders kunnen gebruiken bij het opstellen van contracten en het inrichten van hun onderlinge verantwoording.⁷ Daarnaast wordt er gewerkt aan een protocol voor de inrichting van de controle van de jaarrekening over 2015. De Commissie Besluit Begroting en Verantwoording biedt met haar kadernota Rechtmatigheid 2015 ook richting aan de rechtmatigheid voor de controleverklaring van gemeenten.⁸

⁶ https://www.nba.nl/Documents/Nieuws/2015/Brief_WGDO_Gemeenten_Knelpunten_Decimalisaties.pdf

⁷ http://www.invoeringwmo.nl/sites/default/files/model_oplegger.pdf

⁸ <http://www.commissiebbv.nl/rechtmatigheid/kadernota/>

Het versterken van het normbesef rondom correct declareren

Zoals wij Uw Kamer eerder dit jaar hebben gemeld is er de afgelopen maanden gekeken naar de mogelijkheden om het normbesef bij zorgaanbieders ten aanzien van correct declareren verder te versterken.^{9, 10} In juni van dit jaar hebben we aangekondigd een nadere inventarisatie uit te voeren naar de aanwezigheid en effecten van initiatieven in verschillende deelsectoren en de meerwaarde te bezien van het bijeenbrengen van initiatieven tot een sectorbrede meldcode. Uit de inventarisatie blijkt dat er veel goede ontwikkelingen gaande zijn in verschillende deelsectoren. Zo beziet de FMS momenteel de mogelijkheden om dit thema op te nemen in haar bestaande gedragsregel 'Correct Registeren' voor medisch specialisten. Ook zijn wij in gesprek met andere beroepsgroepen over de norm die zij in hun gedragscodes stellen ten aanzien van handelen bij signalen van onrechtmatigheden. De gedragscode van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) dient daarbij als goed voorbeeld. Tot slot spreken wij de komende periode met de Brancheorganisaties in de Zorg (BoZ) over de Zorgbrede Governancecode, waarin de klokkenluidersregeling is opgenomen. Een thema dat hierbij aan de orde zal komen, is het verminderen van de vrijblijvendheid van de code. Eén van de voorstellen daarvoor is het oprichten van een onafhankelijke monitoringscommissie die de naleving van de code toetst.

De afgelopen jaren was het aantal meldingen van vermoedens van fraude door aanbieders bij het meldpunt van de NZa relatief beperkt.¹¹ Wij willen het melden van dergelijke vermoedens, indien daartoe aanleiding bestaat, daarom beter toegankelijk maken en stimuleren. Voor ons is het uitgangspunt dat alleen de professional de juiste afweging kan maken in een concrete situatie. Zorgverleners kunnen signalen immers zelf het beste interpreteren. In onze visie moeten we de professional zo goed mogelijk ondersteunen bij het maken van deze afwegingen. Een meldcode in de vorm van een meldplicht is dan niet de meest aangewezen weg. Wij kiezen daarom voor een handreiking die professionals helpt bij de afweging wanneer melden passend is. In overleg met veldpartijen ontwikkelen we een integraal stappenplan voor zorgverleners waarin duidelijk staat aangegeven welke normen er in het veld zijn, hoe om te gaan met signalen van onrechtmatigheden en vermoedens van fraude, en welke mogelijkheden er bestaan om hier iets mee te doen. Deze handreiking is geen wettelijk voorschrift, maar een hulpmiddel voor de zorgaanbieder in de praktijk. Zo sluiten we aan bij de individuele verantwoordelijkheid van de zorgverlener en de lopende acties en positieve ontwikkelingen in het veld. De handreiking kan steeds worden aangepast op de laatste ontwikkelingen in de praktijk. Wij verwachten de eerste versie van de handreiking rond de zomer van 2016 af te ronden.

BEWUSTWORDING CORRECT DECLAREREN

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en het College Geneeskundige Specialismen ontvangen een subsidie om de aandacht in de geneeskundige vervolgoopleidingen te vergroten voor correct declareren.

Rechtmatigheid en correct declareren in opleidingen

Op korte termijn kennen we een subsidie toe aan de landelijke artsenfederatie KNMG en het College Geneeskundige Specialismen voor het bewustzijnsproject 'kosteneffectief kwaliteit leveren'. Doel van het traject is het vergroten van aandacht in de geneeskundige vervolgoopleidingen voor kostenbewustzijn en doelmatigheid in de zorg. Aandacht voor rechtmatigheid en correct declareren maakt hier een belangrijk onderdeel van uit. De opleidingen kijken hoe zij deze thema's kunnen verankeren in het onderwijs en ontwikkelen hiervoor verschillende methoden.

⁹ Kamerstukken II, 2014/15, 28 828, nr. 86

¹⁰ Kamerstukken II, 2014/15, 28 828, nr. 91

¹¹ Zie de jaarlijkse rapportages van het Verzamelpunt Zorgfraude van de NZa.

C. Potentiële fraudeurs zijn in zicht bij de toetreding tot de zorg en worden waar mogelijk geweerd

Aanscherping van de toelating en screening van nieuwe zorginstellingen

Zoals aangekondigd werken we aan een aanscherping van de Wet toelating zorginstellingen om de kwaliteit en rechtmatigheid van zorg bij nieuwe aanbieders beter te waarborgen. Op 30 juni 2015 hebben we u hierover geïnformeerd in de voortgangsrapportage Kwaliteit loont.¹² De pilot van de Inspectie van de Gezondheidszorg (IGZ) 'nieuwe toetreders 2014' is in 2015 staand beleid geworden. Afhankelijk van het type zorg, bezoekt de IGZ nieuwe toetreders binnen 4 weken tot 6 maanden na de start. Zorgaanbieders die zorg leveren, waaraan hoge risico's zijn verbonden, worden binnen 4 weken na de start van de zorgverlening bezocht.

TOETSEN INTEGRITEIT ZORGAANBIEDERS

Zorgverzekeraars hebben gezamenlijk het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders ontwikkeld, om de kwaliteit van het toetsen van de integriteit van zorgaanbieders te verbeteren.

Individuele zorgverzekeraars zijn op basis van de Wet op het financieel toezicht (Artikel 3:10 Wft) en het protocol Verzekeraars & Criminaliteit (artikel 1.2c) verplicht de integriteit van zorgaanbieders te toetsen, alvorens zij een relatie aangaan of verlengen. Om de kwaliteit van deze toetsing te verbeteren en administratieve lasten te verminderen hebben zorgverzekeraars besloten om het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ) te ontwikkelen. In dit door Vektis ontwikkelde portaal worden diverse voor zorgverzekeraars toegankelijke bronnen ontsloten, waaronder het AGB-register, het BIG-register en het insolventieregister. Op basis van deze informatie toetsen zorgverzekeraars of er risico's zijn ten aanzien van de integriteit bij zorgaanbieders en zo ja, welke beheersmaatregelen nodig zijn. Het portaal is de afgelopen maanden als pilot in gebruik genomen en positief geëvalueerd. Doordat nu via één toegangspoort meerdere bronnen kunnen worden geraadpleegd, kunnen zorgverzekeraars hun werkproces efficiënter inrichten. Er is daarom besloten om het portaal verder te ontwikkelen en meer bronnen aan te sluiten.

Bibob in de zorg als afschrikmiddel

Het landelijk bureau voor de Bevordering Integriteitsbeoordelingen door het Openbaar Bestuur (Bibob) heeft op ons verzoek verkend wat de aanknopingspunten zijn voor het gebruik van het instrument Bibob in de zorg. Op basis van de Wet Bibob kan de overheid beschikkingen weigeren of intrekken als er op basis van antecedentenonderzoek sprake is van een ernstig gevaar dat deze gebruikt kunnen worden voor het benutten van vermogen dat afkomstig is van strafbare feiten, of voor het plegen van een strafbaar feit. Uit de verkenning blijkt dat het instrument slechts in beperkte gevallen nuttig kan zijn voor de zorgsector. De reikwijdte van de wet beperkt zich tot de aanvrager van een pgb, en enkel tot de Wlz en het gemeentelijk domein. Pgb-bemiddelingsbureaus en pgb-zorgverleners kunnen niet direct aan een Bibob-procedure worden onderworpen. Het Bibob-instrument is bovendien een voor de pgb aanvrager ingrijpende en tijdrovende screening. Gezien de beperkte reikwijdte en het ingrijpende karakter zien we het instrument daarom vooral als ultimum remedium. Wanneer er aanwijzingen zijn dat een pgb-houder zelf - eventueel in samenspanning met een bemiddelingsbureau of zorgverlener - een strafbaar feit kan gaan plegen met het pgb, dan kan de betreffende gemeente of het zorgkantoor het instrument inzetten om te laten zien dat zij fraude met zorggelden niet tolereren.

¹² Kamerstukken II, 2014/15, 31 765, nr. 153

Thema 3. Controle

Onrechtmatigheden worden tijdig gesignaleerd door zorgaanbieders, zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, gemeenten en patiënten en cliënten. Zorgverzekeraars werken daarbij onderling en met zorgaanbieders samen en pakken meldingen van patiënten en cliënten actief op. Fouten worden zo snel mogelijk hersteld en in de toekomst voorkomen.

A. Controles brengen onrechtmatigheden effectief en efficiënt aan het licht

Horizontaal toezicht en certificering

Zorgverzekeraars werken samen met zorgaanbieders in verschillende sectoren aan de ontwikkeling van horizontaal toezicht. Horizontaal toezicht is gebaseerd op vertrouwen tussen de zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Aan de hand van afspraken over de wijze van controle en manier waarop het registratie- en declaratieproces is vormgegeven, kunnen zorgaanbieders onrechtmatige declaraties zoveel mogelijk bij de bron voorkomen. Dit zorgt er voor dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders minder fouten hoeven te corrigeren. In diverse pilots werken individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan de invulling van horizontaal toezicht. De pilots variëren qua invulling en breedte en richten zich bijvoorbeeld op een deel van de zorgproducten. In de medisch-specialistische revalidatiezorg heeft op het terrein van horizontaal toezicht in 2014 een brede pilot plaatsgevonden die dit jaar verder is uitgerold binnen de sector. Daarbij wordt voor 20 instellingen onderzocht hoe zij voldoen aan 50 regels. Zorgverzekeraars hebben daarmee precies inzicht in waar de zwakke plekken zitten van iedere afzonderlijke zorgaanbieder en kunnen gericht controles uitvoeren. Beoogd wordt in 2016 de revalidatie volledig gecertificeerd te hebben.

HORIZONTALAAL TOEZICHT

In pilots maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars gezamenlijk afspraken over de manier van controleren en het registratie- en declaratieproces.

Ook sectorbreed zijn er initiatieven op het terrein van horizontaal toezicht. Zo heeft de Head-vereniging van financials in de zorg een handreiking opgesteld voor een controlerframework, waarin bouwstenen zijn uitgewerkt voor horizontaal toezicht. De NZa zal daarnaast binnenkort haar visie op horizontaal toezicht publiceren.

Aanpak fraude Wlz zorg in natura door zorgkantoren

Op 5 februari 2015 heeft u ons bij motie van het Kamerlid Bruins Slot verzocht in overleg met zorgkantoren te treden om een gezamenlijke aanpak te ontwikkelen om fraude bij zorginstellingen die zorg in natura leveren aan te pakken.¹³ De afgelopen maanden hebben we uitvoerig gesproken met diverse zorgkantoren, de NZa, ZN en de Inspectie SZW (I-SZW). In deze gesprekken zijn de mogelijke risico's op onrechtmatigheden in de zorg in natura in de Wlz besproken en is gekeken of additionele inzet vanuit zorgkantoren noodzakelijk is. Uit de gesprekken komt een aantal punten naar voren. Door de inrichting en systematiek van de Wlz lijken de risico's op grootschalige fraude in de langdurige zorg in natura relatief beperkt. Dat komt onder meer door de onafhankelijke indicatiestelling, de macro vastgestelde contracteerruimte voor zorgkantoren en contracten met zorgaanbieders over volume en prijzen en een daaraan gekoppeld (instellings)budget. Uit de gesprekken blijkt dat zorgkantoren ook voortvarend aan de slag zijn met de verbeterpunten uit het NZa-rapport 'Uitvoering Awbz' op het terrein van de materiële controle, bestrijding van misbruik en verbetering van de administratieve organisatie en interne beheersing.¹⁴ Tegelijkertijd is het gezien de recente invoering van de Wlz per 1 januari

¹³ Kamerstukken II, 2014/15, 28 828, nr. 82

¹⁴ http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_Uitvoering_AWBZ_2013.pdf

2015 op dit moment nog moeilijk om definitieve conclusies te trekken over de mogelijke risico's in de praktijk op onrechtmatigheden. We kunnen niet achterover leunen. Zorgkantoren moeten alert zijn en blijven op mogelijke onrechtmatigheden. In dat kader hebben wij met ZN afgesproken dat zij in de reguliere overleggen met zorgkantoren specifiek aandacht aan dit thema besteden en dat zij VWS hierover periodiek informeren. Daarnaast agenderen we de vorderingen op het terrein van de aanpak van fraude en onrechtmatigheden bij Wlz zorg in natura in overleggen met ZN/zorgkantoren. Zo vergroten we het bewustzijn van de aanpak van onrechtmatigheid verder en houden we de vinger aan de pols. Ook de NZa houdt de ontwikkelingen in de gaten vanuit haar toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Wlz.

B. Controlemogelijkheden zijn duidelijk en worden voldoende benut

Verkennen financiële prikkels zorgverzekeraars

Zoals aangekondigd in het programmaplan Rechtmatige Zorg en toegezegd aan Uw Kamer in het debat van 5 februari jl. hebben we gekeken naar de (financiële) prikkels die zorgverzekeraars bij hun controles en fraudeonderzoeken ondervinden. Daarbij hebben we de door de NZa voorgestelde optie verkend om niet langer de gedetecteerde, maar alleen de feitelijk teruggevorderde fraudebedragen binnen de risicoverevening van de daaropvolgende schadejaren te laten verrekenen.¹⁵ Onrechtmatige declaraties die niet terug te vorderen zijn, worden in het huidige stelsel niet meegenomen bij de berekening van de normbedragen waarop de risicoverevening wordt gebaseerd. De gedachte achter het voorstel van de NZa is dat door dit wel te doen zorgverzekeraars minder nadeel zouden ondervinden voor fraude die zij wel opsporen, maar niet kunnen verhalen. Wij achten invoering van deze prikkel echter niet kansrijk. Het financiële effect voor zorgverzekeraars zou naar verwachting minimaal zijn. En doordat in de risicoverevening met historische gegevens wordt gewerkt zou de naar verwachting beperkte prikkel die hiervan uitgaat ook pas na drie jaar effect hebben. Bovendien vinden wij het niet in het systeem passen om onrechtmatige declaraties – en dus zorg die niet Zwv-verzekerd is – mee te nemen in de berekeningen van de normbedragen in de risicoverevening. Dat neemt niet weg dat we het belang van voldoende prikkels voor zorgverzekeraars ondersteunen. We blijven zorgverzekeraars daarom aanspreken op hun morele plicht en verantwoordelijkheid in het stelsel om het maximale te doen aan bestrijding van onrechtmatigheden. Daarbij zetten wij ook in op meer transparantie over de prestaties op dit vlak van de individuele zorgverzekeraars.

Het gebruik van steekproeven bij controles verkennen

Zoals aan u is toegezegd, hebben we op advies van de NZa verkend of het mogelijk en wenselijk is om de regelgeving te verruimen zodat zorgverzekeraars steekproeven kunnen uitvoeren op willekeurige declaraties, zonder dat er sprake is van het vermoeden van onregelmatigheden.¹⁶ We zijn hiertoe in overleg getreden met de NZa, ZN en zorgverzekeraars, en hebben daarbij ook gekeken in hoeverre het bestaande controle-instrumentarium van verzekeraars voldoende wordt benut. Uit de gesprekken blijkt dat het mogelijk maken van steekproeven weinig toevoegt ten opzichte van het bestaande instrumentarium. Zorgverzekeraars geven aan geen baat te hebben bij een aanvullend instrument als steekproeven zonder een vermoeden van onregelmatigheden. Datamining levert voldoende informatie op en de hoeveelheid (declaratie)informatie waarover zij beschikken geeft steeds beter inzicht in declaratiegedrag. Daarnaast stuit het verkrijgen van inzage in een medisch dossier zonder een vermoeden van fraude op diverse juridische bezwaren met betrekking tot privacy en het medisch beroepsgeheim. Inbreuken op de bescherming van medische persoonsgegevens moeten bij wet zijn vastgelegd en voldoen aan artikel 8 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. Gezien het gebrek aan noodzaak voor het instrument druist dit in tegen de waarborgen van proportionaliteit en subsidiariteit die in wet- en regelgeving zijn neergelegd met betrekking tot de controle door zorgverzekeraars. Daarbij speelt mee dat er nog ruimte voor verbetering is bij zorgverzekeraars in het benutten van het bestaande instrumentarium. Zoals we Uw Kamer

¹⁵ www.nza.nl/104107/138040/2 Samenv. rapp. Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg.pdf

¹⁶ Kamerstukken II, 2014/15, 28 828, nr. 75

eerder dit jaar hebben geïnformeerd, nemen zorgverzekeraars steeds meer hun verantwoordelijkheid voor een rechtmatige uitvoering van de Zvw. Ze hebben hun controleprocessen verbeterd en zijn op de goede weg.¹⁷ Maar de NZa signaleert ook nog verbeterpunten, onder andere ten aanzien van de tijdige en volledige uitvoering van controles.¹⁸ We delen de mening van de NZa dat het steviger oppakken van de controletaak door verzekeraars belangrijk is om fouten en fraude aan te pakken. Inbreuk op belangrijke juridische waarborgen om steekproefcontroles mogelijk te maken, is hiervoor echter onnodig en daarmee niet wenselijk. Er zijn nog voldoende verbetermogelijkheden, waar zorgverzekeraars volop mee bezig zijn.

Omgekeerde bewijslast en spiegelinformatie

Naar aanleiding van vragen van Kamerlid Bouwmeester in het debat over zorgfraude van 5 februari jongstleden, informeren we u zoals toegezegd nader over de mogelijkheden voor omgekeerde bewijslast.¹⁹ Omgekeerde bewijslast gaat uit van het principe dat bij 'overdeclaratie' door een zorgaanbieder, de zorgaanbieders zelf eerst moet aantonen dat deze 'overdeclaratie' terecht is. Kan de zorgaanbieder dat niet, dan betaalt de zorgverzekeraar deze rekeningen niet of vordert deze terug. Het voorstel is daarmee direct gericht op het terugdringen van ondoelmatige zorg. Daar zijn we een groot voorstander van. Aan omkering van de bewijslast zit echter een aantal bezwaren die de vraag oproepen of er niet een ander – proportioneel - alternatief voor handen is voor zorgverzekeraars om ondoelmatige zorg aan te pakken.

Het systeem van omkering van de bewijslast betekent een forse breuk met het bestaande verzekeringssysteem. Omkering van de bewijslast betekent namelijk dat bij de aanpak van praktijkvariatie afstand wordt gedaan van controle en verantwoording op grond van individuele declaraties. Immers voor het totaal van de afwijkende declaraties gezamenlijk (dus niet op basis van de individuele declaraties) zal de zorgaanbieder moeten motiveren waarom deze declaraties naar zijn mening terecht zijn. Bij onvoldoende bewijsvoering zal de zorgverzekeraar het totaal van deze afwijkende declaraties terugvorderen. Het eerste knelpunt hierbij is het eigen risico van verzekerden. Aangezien bij omgekeerde bewijslast sprake is van controle en terugvorderen op totaalniveau is het bij voorbaat niet duidelijk of er ten onrechte eigen risico is betaald door verzekerden en door welke verzekerden. De zorgverzekeraar kan dit totaalbedrag niet herleiden naar individuele verzekerden. Zoals u eerder bericht, kan hierdoor geen automatische correctie van het eigen risico van verzekerden plaatsvinden.²⁰ Een tweede knelpunt heeft te maken met de verantwoording van zorgkosten door de zorgverzekeraar. De Zvw eist voor het ten laste brengen van zorgkosten een strikte relatie tussen de zorg die aan een verzekerde is geleverd en de zorg waar deze verzekerde recht heeft. Deze strikte relatie kan de zorgverzekeraar bij het voorstel voor omgekeerde bewijslast niet aantonen. Er is namelijk sprake van een verantwoording op basis van totaalniveau. Overigens zou omkering van de bewijslast betekenen dat we de regelgeving waarin de materiële controle is neergelegd moeten aanpassen. Conform de regelgeving voeren zorgverzekeraars thans onderzoek uit om aan te tonen dat een declaratie onrechtmatig is. Bij omkering van de bewijslast zouden we de betreffende regelgeving dusdanig moeten wijzigen dat de zorgaanbieder moet aantonen een afwijkende declaratie rechtmatig is.

Bovenstaande bezwaren maken dat wij het voorstel voor omkering van de bewijslast niet de juiste oplossing vinden om tot meer doelmatige zorg te komen. Naar onze mening is er een meer proportioneel bestaand alternatief voorhanden. Namelijk aansluiten bij de bestaande afspraken over doelmatigheid, gepast gebruik en praktijkvariatie die in het kader van het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg gemaakt zijn. In dat kader wordt praktijkvariatie in kaart gebracht voor burgers/patiënten, professionals en zorgverzekeraars. Door

¹⁷ http://www.nza.nl/104107/138040/Samenvattend_rapport_Rechtmatige_uitvoering_Zorgverzekeringswet_2012.pdf

¹⁸ Verbetermogelijkheden ziet de NZa onder andere nog op het gebied van de verdere uitrol van het gebruik van datamining en het analyseren van declaratiebestanden, de prioritering en onderzoek van fraudesignalen en de intensivering van onderlinge samenwerking en het controleren en handhaven van contractuele afspraken met zorgaanbieders.

¹⁹ Kamerlid Bouwmeester heeft het als volgt verwoord: "Daar waar een zorgverzekeraar nu altijd gehouden is nota's te vergoeden, zou hij dat niet meer moeten doen als er aantoonbaar sprake is van overdeclaratie door zorgaanbieders. Oftewel, als een zorgaanbieder significant afwijkt van het gemiddelde van een regio of van een landelijke vergelijkbare zorgaanbieders, hoeft de zorgverzekeraar niet te betalen. Op die manier zou een zorgverlener moeten aantonen dat het terecht is."

²⁰ Kamerstukken II, 2014/15, 32 620, nr. 143

patiënten te informeren over praktijkvariatie kunnen zij betere keuzes maken over welke zorg zij het beste waar kunnen genieten. Zorgaanbieders kunnen deze informatie gebruiken als spiegelinformatie om hun eigen zorgverlening te verbeteren. Zorgverzekeraars kunnen de praktijkvariatie met zorgaanbieders (van bijvoorbeeld de regio) delen en bespreken. Dit met als doel om de zorgverlening kwalitatief op een zelfde niveau te brengen. De uitkomsten van deze overleggen kan de zorgverzekeraar vervolgens betrekken in zijn inkoopbeleid. Zorgverzekeraars kunnen hierop scherper inkopen. Ook in de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg is een soortgelijke ontwikkeling tot het in kaart brengen van praktijkvariatie op gang gebracht.

Informatie over zorgzwaarte voor controles

Om zorgverzekeraars bij controles meer inzicht te geven in de relatie tussen de zwaarte van de zorgvraag en de geleverde zorg werken ggz-organisaties en ZN aan een systematiek waarmee zorgverzekeraars informatie krijgen over de zorgzwaarte-indicator. Daarbij wordt gekeken naar mogelijkheden die minder belastend zijn voor de privacy van de ggz-cliënt dan vermelding van de zorgzwaarte-indicator op de factuur. Op ons verzoek heeft het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) medio september 2015 advies uitgebracht over de voorgestelde systematiek. Het advies van het CBP was positief en wij werken dit nu uit in een ministeriële regeling. Alles is erop gericht om het nieuwe systeem met ingang van 2016 operationeel te laten zijn.

C. Patiënten en cliënten controleren actief en melden vermoedens van fraude

Inzet CAK bij verhelderen factuuroverzichten en signaleren mogelijke zorgfraude

Met het Centraal Administratiekantoor (CAK) hebben we verkend of het meer inzichtelijk maken van factuuroverzichten kan bijdragen aan de aanpak van fouten en fraude door cliënten zo meer mogelijkheden te geven om de facturen te controleren. Uit de verkenning blijkt dat het CAK op andere manieren mogelijk nog een meer actieve rol kan spelen in het tegengaan van zorgfraude. Bijvoorbeeld door signalen aan Wlz-uitvoerders of gemeenten door te geven van opvallende wijzigingen in financiële administraties. Wij hebben het CAK verzocht om de concrete mogelijkheden hiervoor in kaart te brengen en dit najaar een uitvoeringstoets uit te voeren om de kosten en baten van deze mogelijkheden in kaart te brengen.

NIEUWE ZORGNOTA

Onderzoek van de Consumentenbond wijst uit dat de ervaringen met de inzichtelijke nota positief zijn. Van de 524 ondervraagde verzekerden geeft ruim 73% aan de rekening duidelijker te vinden dan de oude.

Meer kostenbewustzijn en inzicht in zorgnota

Op 29 juni jongstleden hebben we u geïnformeerd over de stand van zaken rond onze inzet op het verhogen van kostenbewustzijn en een inzichtelijke zorgnota.²¹ Een goed leesbare nota stelt patiënten en cliënten niet alleen beter in staat inzicht te krijgen in hun eigen zorgkosten, zij kunnen daarmee ook mogelijke onjuistheden in de declaraties beter signaleren. De afgelopen jaren is de zorgnota aanzienlijk inzichtelijker gemaakt, zowel in de curatieve ggz als in de msz. GGZ Nederland en de organisaties van vrijgevestigde ggz-aanbieders hebben bij de achterban geïnventariseerd welke vragen zij van hun patiënten krijgen. Op basis daarvan wordt het brede communicatietraject rond kostenbewustzijn, dat vorig jaar reeds voor de ziekenhuizen is ingevoerd, voor het einde van dit jaar voor de ggz aangevuld. Zodat ook ggz-patiënten optimaal worden geïnformeerd over de financiële aspecten van de zorg en hun zorgnota kunnen controleren. Voor de medisch-specialistische zorg voeren we begin volgend jaar met alle betrokken partijen een gezamenlijke evaluatie uit. We onderzoeken of hier ook de ggz en eerste lijn in meegenomen kan worden. Op basis van de evaluatie zetten we, waar nodig aanvullende maatregelen in om inzicht in de zorgnota te vergroten.

²¹ Kamerstukken II, 2014/15, 29 689, Nr. 624

Thema 4. Handhaving

Signalen van vermoedens van fouten en fraude worden door zorgverzekeraars, toezichthouders en opsporingsdiensten tijdig opgepakt en leiden op basis van gedegen onderzoek tot passende maatregelen. De verschillende partners werken hiervoor nauw samen en hebben voldoende capaciteit, handhavingsinstrumenten en mogelijkheden voor gegevensuitwisseling om hun rol te vervullen.

A. Er is voldoende capaciteit en toegang tot benodigde gegevens bij handhavingspartners

Extra capaciteit toezicht en opsporing

Sinds vorig jaar ontvangen de I-SZW en de NZa extra geld voor intensivering van het toezicht en de opsporing in de zorg. In 2014 is er €5 miljoen extra geïnvesteerd, vanaf dit jaar ontvangen de handhavingspartijen structureel €10 miljoen extra. Daarmee wordt sinds dit jaar ook de capaciteit van de strafrechtelijke handhaving van zorgfraude bij het OM versterkt. Inmiddels zijn alle wervingsprocedures afgerond en zijn de nieuwe medewerkers bij de drie organisaties gestart. De extra formatieve ruimte is benut om specifieke functies en kennisgebieden te specialiseren en te professionaliseren. Naast een kwantitatieve uitbreiding is er dus ook sprake van een kwaliteitsslag. Met de extra capaciteit kunnen de partijen structureel meer toezichttrajecten en opsporingsonderzoeken draaien. Gezien de doorlooptijd van dergelijke trajecten verwachten we in 2016 een eerste beeld te kunnen geven van de behaalde resultaten. Komend jaar maken we opnieuw middelen vrij voor een verdere versterking van de handhaving in de zorg. Bovenop de structurele €10 miljoen, investeren we vanaf het komende jaar nog €1,2 mln extra in de strafrechtelijke opsporing en vervolging, zodat een groter aantal signalen strafrechtelijk kan worden opgepakt.

INVESTERING IN TOEZICHT EN OPSPORING

De I-SZW, de NZa en het OM ontvangen gezamenlijk structureel ruim €10 miljoen extra om de capaciteit bij toezicht en opsporing te vergroten.

Medisch beroepsgeheimen en gegevensuitwisseling bij strafrechtelijk onderzoek

De afgelopen jaren hebben we meerdere malen met Uw Kamer van gedachten gewisseld over de spanning tussen het belang van het medisch beroepsgeheim enerzijds en het belang van goede informatie-uitwisseling om fraudeurs aan te kunnen pakken anderzijds. Met Uw Kamer zijn wij van mening dat het medisch beroepsgeheim een groot goed is. Iedereen moet zich vrijelijk voor hulp en bijstand tot een arts kunnen wenden. Dat betekent ook dat patiënten en cliënten er vanuit moeten kunnen gaan dat informatie die zij aan een arts toevertrouwen niet zonder toestemming voor andere doeleinden wordt gebruikt of aan derden wordt verstrekt. Tegelijkertijd merken de opsporingsdiensten en het OM dat het medisch beroepsgeheim strafrechtelijke onderzoeken soms bemoeilijkt omdat het door zorgaanbieders en patiënten misbruikt wordt als middel om fraude verborgen te houden.²² Naar aanleiding van dit signaal hebben we, in samenwerking met de bewindslieden van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en Veiligheid en Justitie (VenJ) aangekondigd om een aangifteplicht in te voeren en een wetsvoorstel over de aanlevering van (medische) gegevens bij aangifte te verkennen.^{23, 24} In het debat over het wetsvoorstel langdurige zorg heeft Uw Kamer aangegeven dat eerst gekeken moet worden of alle mogelijkheden zijn benut voordat wordt overgegaan tot het doorbreken

²² Bijvoorbeeld in de Marque-zaak, waar het medisch beroepsgeheim door een crimineel samenwerkingsverband van artsen en patiënten werd misbruikt om een omvangrijke met de WAO/WIA-uitkeringen en persoonsgebonden budgetten verborgen te houden.

²³ Aan deze toezegging is voldaan. Besluit ter uitvoering van artikel 162, vierde lid, Wetboek van Strafvordering.

²⁴ Kamerstukken II 2013/14, 33 750 XVI, nr. 8

van het medisch beroepsgeheim.²⁵ Zoals toegezegd informeren we u in deze voortgangsrapportage nader over de aard en omvang waarin het medisch beroepsgeheim een belemmering kan zijn en welke alternatieven er zijn voor doorbreking van het beroepsgeheim.

Aard belemmering medisch beroepsgeheim en aantal strafzaken over zorgfraude

Het OM moet gedurende een opsporingsonderzoek vaak teruggrijpen op het medisch dossier van de (behandelend) arts, om de feitelijke fraude vast te stellen. Het medisch beroepsgeheim kan daarbij een belemmering vormen.²⁶ Niet altijd is duidelijk ten aanzien waarvan de geheimhouding geldt, wanneer deze kan worden opgeheven, en wanneer organisaties zonder tuchtrechtelijke consequenties informatie kunnen verstrekken. De procedures naar aanleiding hiervan kosten daarnaast ook veel tijd. Bij de afweziging van het OM om een zaak wel of niet op te pakken speelt de juridische haalbaarheid van de zaak, en daarmee ook de mogelijke belemmering vanuit het medisch beroepsgeheim een belangrijke rol.²⁷ Exacte informatie over het totale aantal strafzaken over zorgfraude, de aard daarvan en of er zaken worden geseponneerd wegens belemmeringen uit hoofde van het medisch beroepsgeheim is (nog) niet beschikbaar. De registratiesystemen van politie en OM boden tot voor kort niet de mogelijkheid om een specifiek kenmerk 'zorgfraude' toe te voegen. Inmiddels is dit wel mogelijk gemaakt. Zoals de minister van VenJ aan Uw Kamer heeft toegezegd, zal in 2016 de eerste fraudemonitor van het OM verschijnen waarin de cijfermatige resultaten van de strafrechtelijke aanpak van fraude -waaronder zorgfraude- zijn opgenomen.

Alternatieven voor wetsvoorstel aanlevering van (medische) gegevens bij aangifte

De afgelopen periode hebben we samen met de KNMG en in overleg met de I-SZW, de FIOD en het OM alternatieven verkend op basis van ervaringen en kennis uit de opsporingspraktijk. Het eerder geopperde alternatief van een richtlijn bleek daarbij niet haalbaar. In een dergelijke richtlijn zouden betrokken partijen kunnen vastleggen hoe zij omgaan met uitzonderingen op het medisch beroepsgeheim voor de aanlevering van gegevens bij het OM. Voor deze optie bleek echter geen draagvlak onder de federatiepartijen van de KNMG.²⁸ Een alternatief dat nog nader wordt verkend, is de structurele inzet van een onafhankelijk arts die inzage krijgt in het medisch dossier. Het medisch beroepsgeheim zou daardoor in beginsel niet hoeven te worden doorbroken doordat de onafhankelijke arts de voor opsporing relevante gegevens geanonimiseerd zal verstrekken. We verkennen dit alternatief de komende maanden verder en informeren u hierover nader in de volgende voortgangsrapportage.

Ons doel is om het strafrechtelijk onderzoek naar zorgfraude effectiever en efficiënter te laten verlopen. Oplossingen die hieraan bijdragen en tegelijkertijd het medisch beroepsgeheim handhaven hebben uiteraard onze voorkeur.

B. De samenwerking tussen handhavingspartners leidt tot een effectieve handhaving

Het opstellen van handhavingsstrategieën

De NZa, IGZ, I-SZW, FIOD en het OM hebben in 2014 gezamenlijk het Strategisch handhavingskader zorg opgesteld, waarin onder andere de rolverdeling en gezamenlijke inzet van de partijen is beschreven.²⁹ De betrokken partijen werken de afspraken in het handhavingskader nader uit in handhavingsstrategieën voor de

²⁵ Deze toezegging luidt als volgt: "Voor de fraudedebatten zal de Kamer in de rapportages worden geïnformeerd over welke soorten zorgfraude het gaat, hoe dat in elkaar steekt, de aantallen, en of alle mogelijkheden zijn benut voordat wordt overgegaan tot het doorbreken van het medisch beroepsgeheim (blz. 108-9-28).

²⁶ In het verlengde van de geheimhoudingsplicht heeft de arts een verschoningsrecht. Dit betekent dat de arts die als getuige wordt opgeroepen het recht heeft om vragen die verband houden met zijn geheimhoudingsplicht niet te beantwoorden. Ook kunnen schriftelijke stukken die onder het medisch beroepsgeheim vallen in beginsel niet in beslag genomen kunnen worden.

²⁷ Artikel 4, tweede lid, onderdeel a van het protocol Normnaleving zorgsector bepaalt wanneer sprake is van een betekenisvolle zaak die in het CSO zorg voorgelegd moeten worden aan het Functioneel Parket van het OM (Stcrt. 2014, 28808).

²⁸ Rapport 'Medisch beroepsgeheim in dubio' van de Erasmus Universiteit, d.d. 10 oktober 2012 invulling van wet- en regelgeving door beroepsorganisaties middels handreikingen/richtlijnen in plaats van wet- en regelgeving, zie aansluiting hierop de brief van de KNMG aan de Tweede Kamer d.d. 25 februari 2013

²⁹ Kamerstukken II, 2014/15, 28 828, nr. 90

diverse zorgsectoren. In deze strategieën leggen zij onder meer vast welke (formele en informele) interventies en maatregelen de verschillende partners inzetten om de normnaleving in die sector te bevorderen. ZN wordt daarbij waar mogelijk ook betrokken voor een goede aansluiting tussen het toezicht en de controles van zorgverzekeraars. Zij nemen een bijzondere positie in, aangezien zorgverzekeraars zelf ook onder toezicht gesteld zijn van de NZa. In 2015 heeft de NZa samen met de partners voor twee nieuwe sectoren handhavingsstrategieën opgesteld. In totaal voeren de betrokken partijen nu in 9 sectoren handhavingsprojecten uit voor het verbeteren van correct declareren, waaronder in de medisch-specialistische zorg in ziekenhuizen en de curatieve ggz.

GEZAMENLIJKE HANDHAVINGSSTRATEGIEËN

In 2015 hebben de handhavingspartijen gezamenlijk voor twee nieuwe sectoren handhavingsstrategieën opgesteld. In totaal worden er nu in 9 sectoren handhavingsprojecten uitgevoerd voor het verbeteren van correct declareren.

Investeren in gemeenschappelijke taal

Om de samenwerking tussen handhavingspartijen verder te verbeteren heeft op 22 april jl. een sessie plaatsgevonden om de gemeenschappelijke taal tussen handhavingspartners te bespreken. Verschillen in terminologie en het soms ontbreken van inzicht in elkaars rol en werkwijze kan een goede samenwerking in de weg staan. Tijdens de sessie zijn vertegenwoordigers van alle handhavingspartijen met elkaar in gesprek gegaan over kernbegrippen als controle, toezicht en handhaving, om tot een gedeeld begrippenkader te komen. De sessie krijgt dit najaar een vervolg in twee aanvullende bijeenkomsten. In november komen medewerkers uit het operationele proces samen om kennis en begrip te vergroten over de rol, taakinvulling en werkwijze van de verschillende ketenpartners bij de afhandeling van fraudesignalen. In het najaar vindt daarnaast een tweede sessie plaats voor beleidsmedewerkers, waarin de aandacht specifiek uitgaat naar de invloed van taalaspecten op de samenwerking in de keten.

Afhandeling van fraudezaken

Sinds 2013 wisselen CIZ, FIOD, IGZ, I-SZW, NZa en ZN signalen van mogelijke fraude uit via het Verzamelpunt Zorgfraude. Doel van het verzamelpunt is om een overzicht te hebben van de signalen over zorgfraude die verschillende partners hebben ontvangen en ervoor te zorgen dat die signalen terecht komen bij de juiste partner(s). Tijdens het plenaire debat op 5 februari 2015 heeft Uw Kamer ons verzocht om een overzicht te geven van het aantal zaken dat sinds 2012 door de I-SZW naar het Verzamelpunt Zorgfraude of de politie is teruggestuurd.

Signalen van het Verzamelpunt Zorgfraude

Het Verzamelpunt Zorgfraude stelt periodiek overzichten op over signalen die zijn binnengekomen en doorgezet. Omdat het Verzamelpunt in februari 2013 is gestart, hebben de beschikbare cijfers alleen betrekking op de periode erna. In de rapportages is te lezen dat de I-SZW tussen februari 2013 tot 31 december 2014 in totaal 74 signalen in het Fraudeverzamelpunt heeft geplaatst. Daarvan heeft de I-SZW 26 zelf in behandeling genomen en 48 via het verzamelpunt doorgezet naar een partnerorganisatie. Daarnaast heeft de I-SZW 46 signalen ontvangen van de partners. Dit betekent dat de I-SZW sinds februari 2013 72 signalen in behandeling heeft genomen.³⁰

³⁰ http://www.nza.nl/1048076/1048181/Rapport_Verzamelpunt_zorgfraude_2014.pdf. Vanwege overlap in de periodes die zijn gehanteerd voor de 2e en de 3e rapportage kunnen de daar gerapporteerde cijfers iets verschillen.

Signalen van de politie

Een deel van de signalen die de I-SZW ontvangt, zijn afkomstig van de politie. De uitwisseling van signalen tussen de politie en de I-SZW vindt plaats in de reguliere contacten tussen de opsporingsinstanties. Indien de I-SZW een signaal niet strafrechtelijk oppakt, dan sturen zij het signaal in onderling overleg terug naar de politie. Veelal bespreken het Functioneel Parket van het OM, I-SZW en politie vervolgens hoe toch follow-up aan het signaal kan worden gegeven.

De I-SZW weegt alle binnengekomen zorgvuldig op basis van een risicoanalyse. Niet ieder signaal kan en zal strafrechtelijk worden opgepakt. De inzet van het strafrecht wordt beoordeeld op effectiviteit ten opzichte van de inzet van andere handhavingsinstrumenten. In het zogeheten Centraal Selectieoverleg zorg (CSO Zorg) wordt hierover een besluit genomen.

Bestuursrechtelijke en strafrechtelijke afhandeling fraudeonderzoeken

We hadden u toegezegd om in deze voortgangsrapportage ook terug te komen op het aantal fraudeonderzoeken dat de NZa in 2015 heeft uitgevoerd, hoeveel daarvan hebben geleid tot een bestuursrechtelijk vervolg en hoeveel zaken strafrechtelijk zijn opgepakt door het Openbaar Ministerie.³¹ Hierover informeren wij u graag rond de jaarwisseling wanneer de cijfers over 2015 compleet zijn.

C. Handhavingsinstrumenten worden passend ingezet waardoor het effect ervan optimaal is

Meer inzet van het tuchtrecht en civiel recht door zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders maken nog weinig gebruik van het instrument tuchtrecht en civiel recht bij (vermoedens van) fraude. We hebben ZN bij brief van 2 oktober jongstleden verzocht alle beschikbare instrumenten opnieuw onder de aandacht te brengen. Daarbij gaat het onder meer om de mogelijkheden voor het indienen van een tuchtklacht en afspraken die zorgverzekeraars met zorgaanbieders kunnen maken over sancties bij vastgestelde onrechtmatigheden. Bijvoorbeeld afspraken over het ontbinden van de overeenkomst, het opleggen van een boete door de zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder of aanpassing van budget- en/of tariefsafspraken. De komende periode monitoren we in welke mate zorgverzekeraars de beschikbare instrumenten benutten.

³¹ In schriftelijke vragen naar aanleiding van de VWS begroting 2016.