

Vergaderjaar 2013–2014

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 62

BRIEF VAN DE MINISTERS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN VAN VEILIGHEID EN JUSTITIE

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 juni 2014

Uw Kamer heeft ons, naar aanleiding van het verzoek van het lid Dijkstra (D66) (Handelingen II 2013/14, nr. 99, Regeling van Werkzaamheden – verzoek lid Pia Dijkstra) om een debat naar aanleiding van het bericht dat de patiënt de dupe is van het akkoord tussen de Minister van VWS, ziekenhuizen en zorgverzekeraars over zorgdeclaraties (RTL nieuws, 20 juni 2014) en de rol die de NZa en het OM in de casus van het St. Antonius ziekenhuis hebben gespeeld (RTL Nieuws, 21 juni 2014), verzocht om een brief ter zake. Conform de nieuwe werkwijze (Presidiumbesluit 19 februari 2014) is buiten de regeling van werkzaamheden geïnventariseerd welke eventuele (aanvullende) vragen in deze brief beantwoord moeten worden¹. In deze brief geven wij antwoord op deze vragen. In hoofdstuk 1 treft u de antwoorden op de gestelde vragen over de jaarrekeningen in relatie tot het eigen risico van de patiënt. Hoofdstuk 2 gaat in op de vragen die zijn gesteld over het St. Antonius ziekenhuis.

1 Aanpak jaarrekeningen en eigen risico

1.1 Aanpak jaarrekeningen ziekenhuizen

In dit hoofdstuk gaan wij in op de berichtgeving van RTL Nieuws van 20 juni 2014 met betrekking tot de aanpak jaarrekeningen ziekenhuizen. Over deze aanpak is uw Kamer per brief van 22 mei 2014 geïnformeerd.² Voorop staat dat fraude niet wordt geaccepteerd en altijd hard wordt aangepakt. Wij willen hierbij overigens benadrukken dat een onjuiste declaratie niet per definitie gelijk staat aan fraude.

Door de berichtgeving is ten onrechte de indruk gewekt dat er sprake zou zijn van een «deal» waardoor geen controles meer plaatsvinden, fraudeurs niet worden aangepakt en patiënten hiervan de dupe zijn. Een

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl.

² Kamerstukken II 2013–2014, 32 620, nr. 117.

deal heeft een schimmige connotatie. Het gaat hier echter om heldere bestuurlijke afspraken die op 22 mei met uw Kamer zijn gedeeld. De betrokken partijen voorzien juist in een uitgebreide aanvullende aanpak die de oplossing biedt voor een specifiek probleem: het wegnemen van onzekerheid in de verantwoorde omzet van ziekenhuizen in de jaarrekening. De gedeclareerde omzet wordt dan ook grondig gecontroleerd en fouten worden verrekend. De casus van het St. Antonius ziekenhuis heeft het belang hiervan onderstreept en is daarmee een belangrijke aanleiding geweest voor de aanpak jaarrekeningen. De aanpak jaarrekeningen wordt hieronder verder toegelicht.

Aanpak jaarrekeningen

In de brief van 22 mei 2014 (Kamerstuk 32 620, nr. 117) over de jaarrekeningen ziekenhuizen is uitgebreid ingegaan op de achtergrond, aanleiding en noodzaak voor een aanpak bij de jaarrekeningen. De kern van de problematiek zit in de interpretatie van declaratie- en administratieregeling zoals de NZa die voorafgaand aan elk jaar vaststelt. Deze regelgeving leidt vaak nog tot vragen van ziekenhuizen en zorgverzekeraars over de precieze interpretatie ervan. Het gaat daarbij veelal om specifieke praktijksituaties. Een voorbeeld hiervan is de vraag wanneer het declareren van meerdere zorgproducten is toegestaan als meerdere specialisten bij de behandeling zijn betrokken. In het kader van administratie kan het bijvoorbeeld gaan om de vraag of in de registratie terug te vinden moet zijn of de betreffende patiënt gezien is door een medisch specialist. Voor het ziekenhuis en diens accountant leiden dit soort vragen feitelijk tot onzekerheid over de omzet: het is voor hen onzeker of een declaratie uiteindelijk wordt goedgekeurd. Absolute duidelijkheid om correct te kunnen declareren is dan ook noodzakelijk en daarin wordt voorzien. Om dit op te lossen, en mede naar aanleiding van het onderzoek van de NZa bij het St. Antonius ziekenhuis, heeft de ziekenhuissector de handschoen zelf opgepakt om iedere twijfel over goede of verkeerde declaraties weg te nemen. Het is voor het eerst dat ziekenhuizen de hele administratie doorspitten over de twee voorgaande jaren (i.e. 2012 en 2013). Het is een extra controle en belemmert – indien de resultaten van de controle daar aanleiding toe geven – het optreden van de toezichthouder en het Openbaar Ministerie niet.

In de eerste plaats is heldere regelgeving nodig: er is een plan van aanpak dat voorziet in een helder door de NZa vast te stellen normenkader. Op basis van dit normenkader wordt vervolgens een uitgebreid en gedegen onderzoek gedaan naar de declaraties 2012 en 2013 bij elk ziekenhuis. Een accountant ziet toe op het correct uitvoeren van het onderzoek en ook de zorgverzekeraars hebben een rol bij de beoordeling van de uitkomsten door middel van een ingestelde expertgroep. De verwachting is dat alle ziekenhuizen dit onderzoek zullen gaan uitvoeren. Het totale plan van aanpak is daarmee veel uitgebreider dan individuele onderzoeken die steekproefsgewijs door NZa kunnen worden uitgevoerd in het kader van hun regulier toezicht.

Als uit het onderzoek bij een ziekenhuis foutieve declaraties blijken, dan zal het betreffende ziekenhuis vervolgens afspraken maken met diens verzekeraars over de verrekening van de financiële gevolgen. Met deze aanpak wordt erin voorzien dat fouten worden rechtgezet en dat de omzetverantwoording van de ziekenhuizen daarmee klopt. Nogmaals willen wij benadrukken dat als er geen sprake is van fouten maar van fraude, dat dit nooit wordt getolereerd. Zoals hiervoor reeds is opgemerkt, laten deze afspraken daarom onverlet dat indien er aanwijzingen voor fraude of overtredingen zijn de NZa en het Openbaar Ministerie hun bevoegdheden op het gebied van toezicht en strafrechtelijke vervolging

kunnen en zullen toepassen. Ook als een ziekenhuis het onderzoek niet (goed) uitvoert, kan de NZa alsnog nader onderzoek instellen.

1.2 Eigen risico

De leden van D66 en PvdA vragen inzicht in het aantal patiënten dat onterecht een te hoog eigen risico moet betalen, inclusief de financiële omvang daarvan. De PvdA vraagt daarbij of een patiënt zelf dient na te gaan of hij recht heeft op verrekening van het eigen risico.

De geschetste aanpak heeft primair tot doel om onzekerheden in de jaarrekeningen van ziekenhuizen weg te nemen door duidelijkheid te scheppen over de correcte DOT-omzet. In verband met de noodzakelijke doorlooptijd van ongeveer 6 maanden van de gepresenteerde aanpak worden op macroniveau verrekeningen toegepast tussen de verzekeraar en aanbieder. Om het eigen risico te corrigeren is een vertaling van de macroverrekening naar het individu nodig. Dit kan niet automatisch en zou door de zorgverzekeraar handmatig moeten gebeuren. Dit brengt hoge uitvoeringskosten met zich mee, terwijl het om een aantal aanwijsbare redenen waarschijnlijk om een beperkte groep patiënten zal gaan waarbij mogelijk het eigen risico wordt geraakt.

Om inzicht te krijgen in de omvang van deze groep is vanzelfsprekend ten eerste inzicht nodig in de omvang van foutieve declaraties. Dit moet blijken uit het onderzoek dat ziekenhuizen uitvoeren vanuit de afgesproken aanpak. Een inschatting van de omvang is op dit moment niet te maken.

In het geval er sprake is van onterechte declaraties moet zoals gezegd bedacht worden dat om verschillende redenen de groep patiënten die mogelijk in hun eigen risico worden geraakt naar alle waarschijnlijkheid beperkt is:

- Er is in het overgrote deel van de gevallen wel degelijk zorg geleverd. Er is echter niet correct gedeclareerd: in plaats van het gedeclareerde zorgproduct zou dan bijvoorbeeld een ander zorgproduct gedeclareerd moeten worden. In een dergelijk geval is er geen of een beperkt effect op het eigen risico.
- Het potentiële effect op het eigen risico van patiënten spitst zich toe op relatief eenvoudige ingrepen: bij de relatief complexe zorg zal een correctie van de prijs immers niet leiden tot aanpassing van het eigen risico.
- Er zijn veel patiënten die als gevolg van zorgkosten in de eerstelijns (zoals fysiotherapie en door de huisarts voorgeschreven farmaceutische producten) het eigen risico opmaken. En er zijn patiënten die andere ziekenhuiskosten maken waardoor zij het eigen risico opmaken. Het aanpassen van de declaratie zou voor deze groep geen effect hebben op het betaalde eigen risico.
- Kinderen zijn uitgesloten van het eigen risico, zodat eventuele correcties op die gedeclareerde zorgproducten in dit kader geen eigen risico effect hebben.

Patiënten kunnen bij eventuele twijfels over bovenstaande bij hun zorgverzekeraar de vraag stellen of in zijn/haar geval een correctie op het eigen risico van toepassing is. Zorgverzekeraars gaan dergelijke vragen vervolgens voor de patiënt grondig uitzoeken. Het is expliciet onderdeel van de afgesproken aanpak dat de patiënt dit niet zelf op hoeft te knappen, dit moet de verzekeraar voor hem doen. Bij evidente fouten of fraude wordt het eigen risico vanzelfsprekend altijd gecorrigeerd.

De uitkomsten van de onderzoeken die ziekenhuizen in het kader van de aanpak jaarrekeningen zullen uitvoeren worden bovendien gemonitord. Indien de uitkomsten aanleiding geven om de correctie op het eigen risico nader te bezien dan zal VWS dat bespreken met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Zoals gemeld in de brief van 22 mei 2014 zal de Minister van VWS ook uw Kamer over de uitkomsten informeren.

2 Integrale aanpak zorgfraude en casus St. Antonius ziekenhuis

2.1 Integrale aanpak zorgfraude

De aanpak van zorgfraude heeft hoge prioriteit voor dit kabinet, als onderdeel van de intensivering van de rijksbrede aanpak van fraude die over de hele linie is ingezet met het actieprogramma aanpak fraude dat op 20 december 2013 aan uw Kamer is gezonden (Kamerstuk 17 050, nr. 450). Over dit actieprogramma heeft op 15 mei jongstleden een debat met uw Kamer plaatsgevonden (Handelingen II 2013/14, nr. 83, item 10). Daarnaast hebben de bewindspersonen van VWS op 16 september 2013 de Eerste voortgangsrapportage zorgfraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding zorgfraude aan uw Kamer toegestuurd.³ Aanvullend hebben de bewindspersonen van VWS uw Kamer door middel van de Tweede voortgangsrapportage zorgfraudebestrijding van 19 december 2013 en de commissiebrief van 23 maart jongstleden geïnformeerd over de voortgang van de acties en maatregelen.⁴

In algemene zin is van belang dat fraude alleen met een integrale aanpak op een effectieve manier voorkomen en bestreden kan worden. Alleen als wordt ingezet op gerichte aandacht voor preventie (waaronder goede voorlichting en fraudebestendige wet- en regelgeving), controle, toezicht en handhaving kan sprake zijn van een effectieve aanpak.

Alleen met een dergelijke integrale aanpak is het ook mogelijk de inzet van het strafrecht goed af te stemmen op wat andere partijen in de handhavingketen doen. En dat is precies hoe de bestrijding van fraude, óók in de zorg, nu in nauwe samenspraak tussen de publieke toezichthouders, zoals de NZa, de opsporingsdiensten, zoals de Inspectie SZW, FIOD en het Bureau Boetes en Opsporing van de IGZ en het Openbaar Ministerie (OM), wordt vormgegeven.

2.2 Casus St. Antonius ziekenhuis

Feitenrelaas

De leden van de PvdA, het CDA en D66 hebben gevraagd om een feitenrelaas over hoe de afstemming tussen OM en NZa is verlopen in de casus van het St. Antonius ziekenhuis.

In de periode dat het onderzoek door de NZa naar het St. Antonius ziekenhuis speelde, gold de procedure dat de afstemming over fraudesignalen in het zogeheten Tripartite Overleg (TPO) plaatsvond tussen de partners NZa, FIOD en het OM. Het overleg, dat onder voorzitterschap van het OM staat, is in 2008 ingesteld (zie hiervoor ook het Samenwerkingsprotocol, gepubliceerd op www.nza.nl). Tijdens dit overleg kunnen de deelnemende partijen mogelijke overtredingen in de zorgsector bespreken (signalen).

³ Kamerstuk 28 828, nr.50.

⁴ Kamerstuk 28 828, nr. 54.

Met ingang van maart 2014 is hiervoor het Centraal Selectieoverleg Zorg (CSO Zorg) in de plaats gekomen. Naast NZa, FIOD en OM nemen ook de Inspectie SZW en Bureau Boetes en Opsporing van de IGZ deel aan dit CSO Zorg. De zorggerelateerde fraudesignalen van deze organisaties worden hier centraal besproken.

De bij het St. Antonius ziekenhuis beboete feiten betreffen mogelijk strafbare feiten. Om die reden is sinds november 2012 in ieder TPO/CSO de voortgang van de St. Antonius zaak aan de orde geweest, eerst in anonieme zin («een ziekenhuis») en vanaf januari 2013 in specifieke zin («het St. Antonius»). Dit is steeds gebeurd door de voortgang van het proces van het toezichtsonderzoek, te bespreken. De NZa heeft in januari 2013 laten weten dat het, aan de hand van enkele signalen, een brede interventiestrategie binnen de ziekenhuisbranche zou gaan uitzetten. Dit met het doel de ziekenhuizen te bewegen tot correcte declaratiegedrag. De NZa heeft toen aangegeven dat één van de toezichtsonderzoeken het St. Antonius ziekenhuis betrof.

In het Nederlandse toezichtstelsel is het algemene adagium dat onrechtmatigheden zoveel mogelijk in het bestuursrecht worden aangepakt. Het CSO zorg is ingesteld om zaken waarin zich een samenloop van het bestuurs- en het strafrecht voordoet, te bespreken. Deze samenloop is er in geval van een verdenking van strafbare feiten die tevens op grond van de Wet Marktordening gezondheidszorg beboetbare feiten vormen, of dat nu overtredingen (schuld) of misdrijven (opzet) betreffen. Dergelijke feiten mogen slechts eenmaal worden bestraft op grond van het zogenoemde «ne bis in idem» beginsel art. 5:44 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en art. 68 het Wetboek van Strafrecht is vastgelegd. Op grond van het genoemde artikel 5:44, lid 2, van de Awb dient het bestuursorgaan (in dit geval de NZa), indien de gedraging tevens een strafbaar feit is, deze aan de officier van justitie voor te leggen. De NZa heeft medegedeeld de geconstateerde feiten als overtredingen aan te merken en aangegeven dat er van opzet niet is gebleken. De vraag of de zaak zich uiteindelijk ook leent voor strafrechtelijke afdoening is in hoge mate afhankelijk van de vraag of er sprake was van opzet of niet. De NZa heeft zelfstandig, op basis van het beschikbare onderzoeksmateriaal, de conclusie getrokken dat er in het onderhavige geval van opzet niet is gebleken. Hiermee heeft de NZa gehandeld conform deze wettelijke bepaling. Het vormen van een strafrechtelijk inhoudelijk oordeel door het OM op basis van het feitencomplex zoals weergegeven in het onderzoeksrapport was derhalve niet aan de orde.

Het CDA vraagt in dit kader op welk moment het OM naar het Ministerie van VWS en VenJ heeft gecommuniceerd dat zij niet conform procedure en het samenwerkingsprotocol door de NZa van het voornemen van het opleggen van een boete op de hoogte was gesteld. Zoals blijkt uit het feitenrelaas is wél gehandeld volgens de procedure zoals vastgelegd in het samenwerkingsprotocol, dus is van de situatie die het CDA beschrijft géén sprake geweest. Het opleggen van een boete is een eigenstandige bevoegdheid van de NZa. Het Ministerie van VWS heeft geen enkele betrokkenheid op individueel zaaksniveau.

De PvdA vraagt voorts hoe de Kamer erop kan vertrouwen dat het Tripartite Overleg goed functioneert, als er door OM en NZa via de media wordt gecommuniceerd. Het CDA vraagt zich af waarom het OM juist dit moment heeft gekozen om in de openbaarheid te treden en dit niet eerder gedaan heeft.

Binnen de ingezette versterking van de integrale aanpak van zorgfraude past ook de hierboven reeds genoemde ontwikkeling van het proces van afstemming die eerder al is ingezet: met ingang van maart 2014 is het voormalige Tripartite overleg (tussen de NZa, de FIOD en het OM)

omgevormd tot het CSO (waarin naast de hiervoor genoemde partijen ook de Inspectie SZW en Bureau Opsporing van de IGZ deelnemen).

Er is overigens geen sprake van dat de NZa en het OM via de media met elkaar communiceren. Het OM heeft niet op eigen initiatief de media benaderd. Het OM heeft desgevraagd, en na afstemming met de NZa, een reactie gegeven aan RTL Nieuws.

Tot slot

De NZa geeft aan dat zij ook op dit moment met de huidige beschikbare informatie nog steeds van mening is dat van opzet niet is gebleken in de St. Antonius casus. Alles overziend is afdoening van deze casus conform de geldende afspraken verlopen, waarbij zowel de NZa als het OM hebben gehandeld conform hun rollen en verantwoordelijkheden. De boete aan het St. Antonius is de hoogste boete die de NZa ooit heeft opgelegd aan een ziekenhuis en verzekeraars hebben het volledige schadebedrag (€ 24,6 miljoen) teruggevorderd.

2.3 Overige vragen

De PvdA vraagt zich of waarom in casu geen boete aan de verzekeraar is opgelegd.

Tijdens en kort na de inval van de NZa bij het St. Antonius ziekenhuis is er contact geweest tussen NZa en VGZ/Achmea. Aansluitend daarop is de NZa nagegaan op welke wijze betreffende foutieve declaraties van het St. Antonius ziekenhuis door de verzekeraars zijn behandeld. Beide verzekeraars hebben daaraan tijdige en volledige medewerking verleend en hebben vervolgens op eigen initiatief het onderzoek uitgebreid. De uitkomsten van het onderzoek die betrekking hebben op de rol van de verzekeraars neemt de NZa mee in haar reguliere toezicht op de rechtmatige uitvoering van de zorgverzekeringswet door de zorgverzekeraars.

Tot slot heeft D66 gevraagd om een overzicht van het aantal zaken met verkeerde dan wel frauduleuze declaraties die de NZa en OM in behandeling hebben, inclusief de financiële omvang daarvan.

Ten aanzien van cijfers over zorgfraude geldt het volgende: bij het CSO Zorg is op dit moment circa tien zaken onder handen werk, dat wil zeggen lopend onderzoek naar aanleiding van aanmelding bij of bespreking in het CSO. Overigens worden in dit overleg ook regelmatig signalen besproken. Er hoeft dan nog geen redelijk vermoeden van een overtreding te zijn (hetzij bestuursrechtelijk, hetzij strafrechtelijk). Om de lopende onderzoeken niet te belemmeren kunnen wij hier niet nader op ingaan. In de bijlage is een overzicht opgenomen over de strafrechtelijke inzet bij de integrale aanpak van zorgfraude waarover de Kamer in eerdere brieven is geïnformeerd.

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

De Minister van Veiligheid en Justitie,
I.W. Opstelten

Handhavingsarrangement*OM en FIOD*

In het handhavingsarrangement (HHA) tussen het OM en de FIOD is de voor zorgfraude gereserveerde opsporingscapaciteit in uren weergegeven. In het HHA is vastgelegd dat de FIOD per jaar 20.000 uur opsporingscapaciteit beschikbaar heeft voor strafrechtelijk onderzoek naar zorgfraude. Deze onderzoeken richten zich voornamelijk op declaratiefraude door zorgaanbieders en vinden plaats onder het gezag van het Functioneel Parket van het OM.

OM en Inspectie SZW

In het HHA met de Inspectie SZW wordt de voor zorgfraude (PGB fraude) gereserveerde capaciteit bij de Inspectie SZW in het aantal zaken weergegeven. Het PGB-team van de directie Opsporing-Inspectie SZW doet per jaar minimaal 6 strafrechtelijke onderzoeken naar fraude met PGB en 3 strafrechtelijke onderzoeken op het terrein van werk en inkomen met een PGB-component. Deze onderzoeken vinden plaats onder het gezag van het Functioneel Parket.

Opgemerkt dient te worden dat de strafrechtelijke aanpak van zorgfraude niet op zichzelf kan worden gezien. Strafrecht alleen kan een maatschappelijk probleem als fraude in de zorg niet oplossen. Strafrecht kan als handhavingsinstrument pas effectief worden ingezet in een handhavingssomgeving waarin de wet- en regelgeving afdoende fraudebestendig is en waarin het geheel van administratieve controles en de civiel- tucht- en bestuursrechtelijke acties van de netwerkpartners op orde is. Strafrecht kan dan als onderdeel van een ketenbenadering als optimum remedium een effectieve rol hebben.

Cijfers*Cijfers FIOD*

In de brief van 12 juni 2013⁵ is de kamer geïnformeerd over FIOD onderzoeken die in de periode 2011 tot medio 2013 in het tripartite-overleg voor strafrechtelijk onderzoek zijn geselecteerd. In de brief d.d. 23 oktober 2013⁶ zijn aanvullende vragen van de kamer beantwoord. Vanaf 2007 tot mei 2013 zijn 23 zaken in behandeling genomen. Een aantal van deze zaken is nog in onderzoek, een aantal is stopgezet, bijvoorbeeld om redenen van bewijsvoering. Ook zijn zaken doorverwezen naar andere bestuurlijke dan wel strafrechtelijke handhavingsorganisaties en een aantal zaken is overgedragen aan het OM ter vervolging. Een volledig onderzoek kan meer dan een jaar in beslag nemen.

Cijfers Inspectie SZW

In eerdergenoemde brief d.d. 23 oktober 2013 is de Kamer geïnformeerd dat de Inspectie SZW in 2012 108 meldingen ontvangen heeft over pgb-fraude. In 2013 heeft de Inspectie SZW tot en met 30 juni 2013 59 fraudesignalen ontvangen over pgb-fraude waarvan 12 strafrechtelijk onderzocht worden.

⁵ Kamerstuk 28 828, nr. 48.

⁶ Kamerstuk 28 828, nr. 52.

Cijfers NZa

Alle handhavingsacties van de zorgautoriteit staan in de jaarrapportages signaaltoezicht 2012 (openbaar) en 2013 (deze wordt binnenkort aan de Tweede Kamer gezonden).

In het kader van haar toezicht op ziekenhuizen heeft de NZa 21 van dergelijke meldingen van consumenten terug gelegd bij ziekenhuizen.⁷ Dit betrof vooral declaraties van Keel-, Neus- en Oorartsen, maar ook andere specialismen. Na gesprekken met de NZa spoorden ziekenhuizen nog meer vergelijkbare fouten in nota's op, corrigeerden deze en verbeterden het proces van registratie en declaratie bij de betreffende specialismen. Het gaat om regulier toezichtsoptreden, dat is aangekondigd in de nieuwsbrieven van de NZa over correct declareren. Afspraak met het OM is dat zodra er een vermoeden van mogelijke opzet blijkt bij een van deze meldingen, het OM wordt betrokken en de zaak wordt overgedragen. Tot nog toe is daar bij één van de ruim twintig meldingen sprake van. Deze zaak wordt binnenkort ingebracht in het CSO.

Cijfers Nationale Politie /Arrondissementsparketten

In de brief d.d. 23 oktober 2013 is de Kamer ook geïnformeerd over de zorgfraudezaken die bij de Nationale Politie en de arrondissementsparketten in behandeling waren. Aangezien zorgfraude verschillende verschijningsvormen kent wordt zorgfraude op grond van diverse strafrechtelijke delicten vervolgd zoals valsheid in geschrifte en oplichting. De term zorgfraude is in de bedrijfs-processensystemen geen registratiekenmerk. Zoals eerder aan de Tweede Kamer bericht, maakt dit het moeilijk om een sluitend overzicht te maken van het aantal zaken dat door de verschillende politie-eenheden in afstemming met de desbetreffende arrondissementsparketten is opgepakt. Een rondgang langs de Arrondissementsparketten over de periode tussen 2011 en medio 2013 leidt tot het inzicht dat door de verschillende politie-eenheden in totaal 22 zorgfraudezaken werden opgepakt. In 17 gevallen ging het om PGB-fraude en de overige zaken richtten zich op andere vormen van oplichting of verduistering binnen het zorgverzekeringsstelsel. Negen zaken zijn nog in onderzoek, 4 zaken zijn in de fase van zittingsvoorbereiding en 2 bevinden zich in de vervolgingsfase. In 5 zaken is een straf opgelegd, variërend van 30 maanden gevangenisstraf met aftrek van voorarrest en toegewezen ontnemingsvordering van € 3,1 miljoen, tot een geldboete van € 1.300 als onderdeel van een transactie voor het indienen van een valse declaratie. Twee zaken leidden tot een sepot.

⁷ Dit zijn niet dezelfde zaken als in het CSO in behandeling zijn.