

VOORTGANG RECHTMATIGE ZORG 2016

Vijfde voortgangsrapportage aanpak fouten en fraude

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING	3
2.	VOORTGANG	4
Thema 1.	Ketenbrede samenwerking	4
Thema 2.	Preventie	7
Thema 3.	Controle	10
Thema 4.	Handhaving.....	14

1. INLEIDING

Voor u ligt de vijfde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg. In deze rapportage blikken we terug op de activiteiten en de behaalde resultaten over de periode oktober 2015 tot en met oktober 2016. Samen met de partners hebben we op ieder van de vier thema's uit het programma – ketenbrede samenwerking, preventie, controle en handhaving – resultaten behaald. Daarnaast kijken we vooruit naar ontwikkelingen die er aan komen.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 is opgebouwd uit vier onderdelen. We volgen daarbij de vier genoemde thema's uit het programmaplan en de doelstellingen (A tot en met C) die daar onder vallen. Zoals al aangegeven in de Kamerbrief, doen wij in deze voortgangsrapportage ook een motie en een aantal toezeggingen af. Dit betreft:

Moties:

- De motie Volp, die de minister vraagt om te onderzoeken op welke wijze zorgverzekeraars kunnen worden verplicht om controle op de rechtmatige besteding van premiegeld uit te voeren (Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 33 980, nr. 25). Zie thema 4, doelstelling A.

Toezeggingen:

- De toezegging van de minister om in 2016 opnieuw te rapporteren over de voortgang van het programma Rechtmatige Zorg (Kamerstukken II, 2015-2016, nr. 93).
- De toezegging van de minister om een inventarisatie uit te voeren naar de mogelijkheden en belemmeringen voor gegevensuitwisseling (Kamerstukken II, 2014-2015, 28 828, nr. 93). Zie thema 1, doelstelling A.
- De toezegging van de staatssecretaris om u te informeren over de wijze waarop de samenwerking bij de aanpak van fraude met pgb's vorm krijgt (Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657 nr. 239). Zie thema 1, doelstelling A.
- De toezegging van de staatssecretaris om u te informeren over de mogelijkheid van een domeinoverstijgende handavingsstrategie voor fraude met pgb's (Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 239). Zie thema 1, doelstelling A.
- De toezegging van de staatssecretaris om u in het najaar te informeren over het beter toerusten en voorlichten van budgethouders (Kamerstukken II, 2015-2016, 28 828, nr. 239). Zie thema 2, doelstelling C.
- De toezegging van de staatssecretaris om u nader te informeren over een waarschuwingsregister voor de zorg (Kamerstukken II, 2015-2016, Aansluiting der Handelingen, nr. 3485). Zie thema 2, doelstelling C.
- De toezegging van de staatssecretaris om uw Kamer te informeren over de verdere uitwerking van een keurmerk voor pgb zorgaanbieders (Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 225). Zie thema 2, doelstelling C.
- De toezegging van de minister om u te informeren over eventuele vervolgstappen naar aanleiding van de bevindingen van de Inspectie SZW over de registratie van buitenlandse zorgdeclaraties door zorgverzekeraars (Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657 nr. 239). Zie thema 3, doelstelling A.
- De toezegging van de minister om een juridische toets uit te laten voeren op de werkwijze met het inzetten van een onafhankelijk deskundige arts (Kamerstukken II, 2015-2016, 28 828, nr. 96). Zie hoofdstuk 4, doelstelling A.
- De toezegging van de staatssecretaris om u te informeren over de wijze waarop de samenwerking bij de aanpak van fouten en fraude tussen de verschillende organisaties is vormgegeven (wetsbehandeling inzake wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zwv-pgb, re- en dupliek, dd. 9 februari 2016, nr. 34 233). Zie thema 4, onderdeel B.
- De toezegging van de staatssecretaris om te onderzoeken of een werkwijze mogelijk is waarbij zorgverzekeraars in het kader van een fraudeonderzoek bewijsmateriaal veilig kunnen laten stellen door een bevoegde instantie (wetsbehandeling inzake wijziging van de Zorgverzekeringswet met het oog op het opnemen van regels betreffende een Zwv-pgb, re- en dupliek dd. 9 februari 2016, nr. 34 233). Zie thema 4, doelstelling B.
- De toezegging van de minister om u te informeren over eventuele vervolgstappen naar aanleiding van de bevindingen van de Inspectie SZW over het gebruik van AGB-codes (Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657 nr. 239). Zie thema 4, doelstelling C.

2. VOORTGANG

Thema 1. Ketenbrede samenwerking

We inventariseren ervaren knelpunten in de gegevensuitwisseling. Handhavingspartijen werken samen aan een domeinoverstijgende handhavingstrategie om fraude met pgb's aan te pakken. Eind november vindt het tweede congres Rechtmatige Zorg plaats. VNG werkt met steun van VWS aan kennisontwikkeling en praktische ondersteuning van gemeenten.

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

Inventarisatie naar onduidelijkheden in de mogelijkheden voor gegevensuitwisseling

In de vierde voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg hebben wij uw Kamer laten weten dat we eventuele onduidelijkheden over de mogelijkheden voor gegevensuitwisseling tussen partijen die betrokken zijn bij de aanpak van fouten en fraude willen aanpakken.¹ Wij hebben toegezegd om samen met de betrokken partijen te onderzoeken waar onduidelijkheden zitten en hoe we eventuele knelpunten kunnen oplossen.

Met de partijen die betrokken zijn bij de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ), te weten de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Belastingdienst, de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), het Openbaar Ministerie (OM) en de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), hebben wij een inventarisatie uitgevoerd. Op basis van die inventarisatie hebben we keuzes gemaakt over welke punten we met voorrang willen aanpakken. Dit zijn: een gebrek aan kennis en durf bij het uitleggen en toepassen van regelgeving in het gemeentelijk domein, het ontbreken van een landelijke juridische vraagbaak en ervaren onduidelijkheden in wet- en regelgeving. Respectievelijk de VNG, de FIOD en VWS starten nog dit jaar met nieuwe trajecten om hier oplossingen voor te vinden.

GEGEVENSUITWISSELING

De partijen in de Taskforce Integriteit Zorgsector starten nieuwe trajecten om de mogelijkheden voor gegevensuitwisseling te verduidelijken en eventuele belemmeringen op te lossen.

Domeinoverstijgende samenwerking bij de aanpak van fraude met pgb's

In de reactie op het rapport 'Naar een meer fraudebestendig pgb in de Wet langdurige zorg, de Zorgverzekeringswet, de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet' heeft de staatssecretaris uw Kamer toegezegd om verder te verkennen hoe we de samenwerking bij de aanpak van fraude met pgb's kunnen versterken en wat de mogelijkheden zijn voor een domeinoverstijgende pgb handhavingstrategie.² Dit om samenhang van de aanpak te versterken en kennis en expertise te kunnen opbouwen en uitwisselen.

Om te zorgen voor een gecoördineerde en samenhangende aanpak van fouten en fraude in de zorg werken de handhavingspartijen in de zorg samen in de TIZ. Sinds 2015 maakt ook de VNG namens gemeenten deel uit van dit samenwerkingsverband. Daarmee is de aansluiting van het gemeentelijk domein geborgd. Zoals eerder aan uw Kamer gemeld, werken wij met de TIZ partijen aan de inrichting van het centraal meldpunt zorgfraude bij de NZa (zie verder thema 4, onderdeel B). Burgers en professionals kunnen hier alle signalen van fraude in de zorg melden. Door het meldpunt krijgen

¹ Kamerstukken II, 2014-2015, 28 828, nr. 93. De staatssecretaris heeft deze toezegging nogmaals bevestigd in de Kamerbrief van 8 april jl. met een inhoudelijke reactie op het rapport 'Naar een meer fraudebestendig pgb in vier domeinen' (Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657). nr. 239).

² Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 239.

de partijen beter zicht op de aantallen en de aard van de (onder andere pgb) fraudesignalen. Ook kunnen zij (domeinoverstijgend) fenomenen, trends en risico's analyseren. Op basis van de opgedane kennis en inzichten kunnen zij de handhavingsaanpak doorlopend aanscherpen.³

Om te komen tot een meer samenhangende aanpak van fraude met pgb's werken de TIZ partijen momenteel aan een gezamenlijke handhavingsstrategie. In deze handhavingsstrategie beschrijven zij aan de hand van een probleemanalyse wat het beoogde nalevingseffect is en welke formele (civiel-, bestuurs-, tucht- en strafrechtelijke) en informele instrumenten zij in het kader van de handhaving gaan inzetten. Zo ontstaat een meer gecoördineerde aanpak van fraude met pgb's, waarin de activiteiten van de landelijke en decentrale partners op elkaar aansluiten.

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

Eind november organiseren we het tweede congres Rechtmatige Zorg

In navolging van de geslaagde eerste editie van 2015 organiseert VWS ook dit jaar een congres Rechtmatige Zorg. We doen dit weer samen met de partijen die betrokken zijn bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Deze tweede editie vindt plaats op 29 november in Utrecht. Doel van het congres is om te laten zien welke voortgang er tot nu is geboekt binnen het programmaplan Rechtmatige Zorg en goede voorbeelden te delen. We kiezen daarbij voor een interactieve insteek, zodat congresdeelnemers ook hun zienswijze kunnen geven. Bijvoorbeeld via interactieve workshops. Het gaat dus niet alleen om het delen van kennis en behaalde resultaten, maar ook om het gezamenlijk creëren van nieuwe ideeën en inzichten. Zo willen we met alle aanwezigen komen tot een verdiepingsslag op verschillende activiteiten uit het programmaplan.

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

Kennisontwikkeling en ondersteuning in de gemeentelijke praktijk

Een van de aandachtsgebieden uit het programmaplan is het versterken van de rechtmatigheid bij de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet. De VNG ondersteunt gemeenten in dat kader bij het voorkomen en aanpakken van fouten en fraude. VWS draagt daar financieel aan bij. Kennisontwikkeling en ondersteuning in de praktijk zijn de speerpunten in deze ondersteuning. In de laatste voortgangsrapportage hebben wij u geïnformeerd over het digitale informatiepunt en het bijbehorende expertteam van de VNG. Dit team heeft inmiddels ruim tweehonderd vragen van gemeenten beantwoord en zeven regionale bijeenkomsten georganiseerd met het doel kennis te delen en goede voorbeelden te verspreiden. De VNG ondersteunt gemeenten ook door middel van publicaties bij de ontwikkeling van hun kennis en handhavingsbeleid. Zo heeft de VNG een protocol opgesteld voor het uitvoeren van huisbezoeken in het kader van de Wmo 2015, een handreiking over fraudepreventie en naleving, en een handreiking over rechtmatigheid binnen de Wmo 2015 en Jeugdwet.⁴ Bij deze laatste handreiking zit ook een stappenplan met praktische tips over het afhandelen van fraudesignalen.

Naast de lopende activiteiten is de VNG in februari 2016 gestart met een Ondersteuningsteam Fraudesignalen (OTF). Dit ondersteuningsteam maakt deel uit van het bestaande expertteam en heeft als taak om gemeenten ter plaatse advies te geven over de afhandeling van concrete fraudesignalen. Tot nu toe hebben circa twintig gemeenten advies ingewonnen bij het OTF. Het expertteam en het OTF zetten hun activiteiten in het laatste kwartaal van 2016 en in 2017 voort. Zij maken daarbij gebruik van de opbrengsten van de door VWS ondersteunde pilot "Voorkomen fraude gemeentelijk sociaal domein", die de afgelopen periode is uitgevoerd door gemeenten in de regio Zuid-Holland Zuid en een aantal partnerorganisaties.⁵ In het kader van deze pilot heeft de Erasmus Universiteit Rotterdam onderzoek gedaan naar de aard en omvang van fouten en fraude in het gemeentelijk domein.⁶ Momenteel zijn de partijen bezig met het vertalen van de resultaten en aanbevelingen uit het onderzoek naar hun dagelijkse praktijk. Bijvoorbeeld via voorlichting over de rechten en plichten van zorgaanbieders en zorggebruikers, en hoe daar heldere afspraken over te maken. Maar ook door de opgedane

³ "Domeinoverstijgend" wil zeggen dat de betrokken partijen niet alleen sec kijken naar de Jeugdwet, de Wet Maatschappelijke ondersteuning 2015 (beiden behorend tot het gemeentelijk domein), de Zorgverzekeringswet (het domein van de zorgverzekeraars) en de Wet langdurige zorg (het domein van de zorgkantoren), maar ook de genoemde wetten in samenhang bezien.

⁴ Genoemde publicaties zijn beschikbaar via www.naleving.net en www.vng.nl/fraudepreventie.

⁵ Deelnemers aan de pilot zijn de Drechtsteden, de gemeenten Cromstrijen, Gorinchem en Schiedam, de Serviceorganisatie Jeugd Zuid-Holland Zuid, de Wmo uitvoeringsorganisatie ROGplus, de zorgkantoren van DSW en VGZ, en Per Saldo.

⁶ Kamerstukken II, 2015–2016, 28 828, nr. 94.

kennis te delen, protocollen en risicoanalyses op te stellen, data slim te combineren en te verkennen welke handhavinginstrumenten gemeenten kunnen inzetten. Eind 2016 presenteren de partijen de uitkomsten van deze vertaalslag tijdens het eerdergenoemde congres Rechtmatige Zorg, via het informatiepunt van de VNG en via www.naleving.net. Zo kunnen ook andere gemeenten de opgedane kennis en ervaringen uit deze pilot benutten.

Thema 2. Preventie

We toetsen wet- en regelgeving op fraudebestendigheid. Zorgaanbieders werken aan het correct registreren en declareren van de zorg. VWS en de NZa ontwikkelen een handreiking voor zorgprofessionals. Er zijn heldere kaders voor goed bestuur in de zorg. Het Zorginstituut Nederland en de NZa verduidelijken het proces rond pakketduidingen. Er is scherper toezicht op nieuwe aanbieders die toetreden tot de zorgmarkt. Zorgverzekeraars screenen de integriteit van zorgaanbieders.

A. Wet- en regelgeving is duidelijk en fraudebestendig

We toetsen wet- en regelgeving op fraudebestendigheid

Sinds 2013 toetst VWS alle nieuwe zorgwet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen op fraudebestendigheid. Dat doen we met behulp van een zogeheten fraudetoets. Aan de hand van deze toets onderzoeken we samen met uitvoerings- en handhavingspartijen of er frauderisico's zijn. Waar mogelijk passen we de wet- en regelgeving of de uitvoering daarvan aan om de risico's weg te nemen of te verkleinen. In het afgelopen jaar zijn verschillende nieuwe regelingen en besluiten getoetst op fraudebestendigheid, waaronder de Subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg 2016⁷ en de wijziging van de Zorgverzekeringswet in verband met de elektronische zorgpolis.⁸ Voor de subsidieregeling heeft dit geleid tot het toevoegen van een verplichting om bepaalde bewijsstukken aan te leveren. Ook is een meldingsplicht voor de medisch specialist in de regeling opgenomen. Voor het wetsvoorstel bleek dat het (aanvullend) per e-mail beschikbaar stellen van de zorgpolis in een pdf-bestand een verhoogd risico op identiteitsfraude met zich meebrengt (frauduleuze declaraties na valse aanmelding). Zorgverzekeraars kunnen dit oplossen door de zorgpolis beschikbaar te stellen in de 'mijn-omgeving', waar verzekerden eerst op inloggen met hun DigiD. Deze voorbeelden laten zien hoe de fraudetoets bijdraagt aan het verminderen van mogelijke frauderisico's.

Zoals aangekondigd in de vierde voortgangsrapportage hebben zorgverzekeraars onder leiding van ZN geïnventariseerd welke wet- en regelgeving onduidelijkheden of knelpunten bevat, ten aanzien van een goede inrichting van fraudebeheersing. Daarbij is ook gekeken naar de rol van verzekeraars en de mogelijkheden die zij hebben om geconstateerde belemmeringen in de praktijk op te lossen. Inmiddels is de inventarisatie afgerond en heeft ZN een lijst opgesteld van punten die zij met voorrang wil adresseren. In de meeste gevallen blijkt het te gaan om belemmeringen die verzekeraars zelf kunnen oplossen. De komende periode gaan ZN en verzekeraars daar verder mee aan de slag.

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

Zorgaanbieders verbeteren de kwaliteit van registraties en declaraties

In de werkgroepen snel en correct declareren voor de medisch specialistische zorg (msz) en de ggz werken zorgaanbieders, de NZa, ZN en VWS al langer samen aan het verbeteren van de kwaliteit van registraties en declaraties. Naast deze werkgroepen zijn wij dit jaar ook gestart met een werkgroep snel en correct declareren voor de mondzorg.

Snel en correct declareren in de medisch specialistische zorg

Het afgelopen jaar hebben partijen in de medisch specialistische zorg de aandacht voor correct declareren voortgezet. Vanuit het convenant dat ZN, de NVZ en de NFU in 2015 hebben gesloten, stellen zij jaarlijks een *handreiking rechtmatigheidscontroles* op. Daarmee kunnen ziekenhuizen zelf controles uitvoeren en rapporteren aan zorgverzekeraars. In oktober is de handreiking voor 2016 gepubliceerd. De handreiking voor 2017 is gepland voor eind 2016, zodat zorgaanbieders al voor de start van het nieuwe jaar duidelijkheid hebben over de controlepunten die verzekeraars hanteren. Daarnaast investeren brancheorganisaties in de ziekenhuiszorg doorlopend in het vergroten van het bewustzijn

⁷ Staatscourant 2015, 44560.

⁸ Kamerstukken II, 2015-2016, 34 399, nr. 3.

over het belang van correct registreren en declareren. Zij doen dit onder andere met voorlichtingsbijeenkomsten en publicaties. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) ondersteunt haar leden bijvoorbeeld door middel van een gedragsregel Correct Declareren, een werkgroep en een registratiewijzer.

Ook de NZa werkt actief aan het bevorderen van correct registreren en declareren. Naast het doorlopende toezicht op zorgverzekeraars houdt de NZa ook intensief toezicht op het correct declareren van zorg door (onder andere) ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Bij de uitvoering van het toezicht besteedt de NZa veel aandacht aan het stimuleren en faciliteren van correct registreren en declareren. Eerder informeerden we uw Kamer al over het onderzoek dat de NZa dit voorjaar heeft uitgevoerd naar regelnaleving (oftewel *compliance*) bij ziekenhuizen.⁹ Momenteel brengt de NZa de uitkomsten van dit onderzoek en de daarbij ontwikkelde handvatten onder de aandacht van ziekenhuizen, brancheorganisaties en zorgverzekeraars. Brancheorganisaties in de ziekenhuissector ondersteunen dit en verspreiden de handvatten ook actief onder hun leden. De komende jaren blijft de NZa de voortgang volgen, onder andere met een vervolgmeting naar de ontwikkelingen op het gebied van compliance. Daarnaast laat de NZa momenteel onderzoek doen naar hoe medisch specialisten het thema correct registreren en declareren beleven en hoe zij de organisatorische ondersteuning op dit terrein waarderen.

Snel en correct declareren in de curatieve ggz

Het afgelopen jaar hebben het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP) en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) een inventarisatie gemaakt van knelpunten waar vrijgevestigde ggz-zorgaanbieders in het proces van registreren en declareren tegenaan lopen. Daarnaast hebben wij met GGZ Nederland, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair medische Centra (NFU) en mensen uit de zorgpraktijk in kaart gebracht wat voor ggz-instellingen en ziekenhuizen¹⁰ de knelpunten zijn bij het correct registreren en declareren. Bij zowel de vrijgevestigden als bij de ggz-instellingen en ziekenhuizen blijkt er samenhang te zijn tussen de vraagstukken die spelen bij het correct declareren en bij de vermindering van de administratieve lasten. Afgelopen juli hebben wij bestuurlijke afspraken gemaakt met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en de NZa om gezamenlijk het correct declareren te verbeteren en de administratieve lasten te verminderen.¹¹ De prioriteit ligt daarbij op het proces van verwijzing naar de ggz, duidelijkheid van en bekendheid met de regelgeving voor professionals en zorgaanbieders, verbetering van de declaratiesoftware en de retourinformatie, het declareren van ongecontracteerde zorg en de financiële afwikkeling van onderlinge dienstverlening tussen aanbieders.

Een ander initiatief in de curatieve ggz is dat ZN en GGZ Nederland in juli 2016 afspraken hebben gemaakt over het *Controleplan zelfonderzoek controle ggz 2014*. Kern van deze aanpak is dat ggz-aanbieders (op vrijwillige basis) eigen declaraties toetsen op basis van een lijst met door zorgverzekeraars en ggz-aanbieders vooraf afgesproken punten. Zorgverzekeraars gebruiken de uitkomsten vervolgens bij hun controles. Deze aanpak is ook bedoeld als opmaat naar horizontaal toezicht. Afgelopen september hebben partijen overleg gevoerd over de zelfonderzoeken en controles over de jaren 2015 tot en met 2017. Doel is om hier in november afspraken over te maken. Verder heeft de LVVP voor haar leden de zogenaamde 'eiswijzer' opgesteld. Deze eiswijzer geeft zorgaanbieders inzicht in alle tarieven en eisen die zorgverzekeraars per polis hanteren. Ten slotte benut de NZa de resultaten van een eerder dit jaar uitgevoerd onderzoek naar normnaleving in de ggz en de handvatten over compliance om de bewustwording over het belang van correct declareren in deze sector te vergroten.¹²

CORRECT DECLAREREN IN DE GGZ

Partijen in de curatieve ggz, zorgverzekeraars, de NZa en VWS hebben bestuurlijke afspraken gemaakt om gezamenlijk in te zetten op het verbeteren van correct declareren en het verminderen van administratieve lasten in deze sector.

⁹ Kamerstukken II, 2015-2016, 34 300 XVI, nr. 158, blg-714 583.

¹⁰ Dit betreft de Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) en Psychiatrische afdelingen en poliklinieken van universiteitsziekenhuizen (PUK).

¹¹ Betrokken organisaties zijn NIP, LVVP, NVvP, GGZ Nederland, NVZ, LHV, Ineen, ZN, de NZa en VWS.

¹² Kamerstukken II, 2015-2016, 34 300 XVI, nr. 160.

Snel en correct declareren in de mondzorg

De werkgroep correct declareren mondzorg is recent gestart. Wij werken hierin samen met de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de Organisatie voor Nederlandse Tandprothetici (ONT), de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM), de NZa, ZN en de IGZ. Als eerste stap heeft de werkgroep in kaart gebracht welke activiteiten brancheorganisaties in de mondzorg nu al ontplooiën op het thema rechtmatigheid. Bijvoorbeeld het verspreiden van nieuwsbrieven en publicaties over correct declareren. Verder heeft de werkgroep een bijeenkomst georganiseerd om samen met zorgverleners, zorgverzekeraars, softwareleveranciers en factoringmaatschappijen knelpunten in het proces van registreren en declareren te inventariseren en na te denken over oplossingsrichtingen. Aandachtspunten die uit de sessie naar voren komen, zijn onder andere de voorlichting aan patiënten, het eenduidig interpreteren van (combinaties van) prestatiecodes, het verbeteren van werkprocessen bij het registreren en declareren van zorg en de aandacht voor correct declareren in de opleidingen. De werkgroep is nu bezig met het vertalen van deze aandachtspunten naar concrete vervolgacties.

De kaders voor goed bestuur in de zorg zijn verduidelijkt

Op 13 januari 2016 stuurden wij uw Kamer het beleidskader 'Goede zorg vraagt om goed bestuur'.¹³ In vervolg hierop hebben de IGZ en NZa een gezamenlijk kader 'Toezicht op goed bestuur' opgesteld.¹⁴ Daarnaast zijn de Brancheorganisaties in de Zorg (BoZ) bezig met aanpassing van de Zorgbrede Governancecode. Thema's die aan de orde komen zijn het verminderen van de vrijblijvendheid van de code en het belang van correct registreren en declareren. De Governancecode is naar verwachting nog dit jaar gereed. Deze initiatieven dragen bij aan heldere en eenduidige kaders voor bestuurders in de zorg.

Handreiking gaat zorgprofessionals helpen bij het maken van de juiste afwegingen

Zoals we in de vierde voortgangsrapportage al aangaven, vinden we het belangrijk dat vermoedens van fouten en fraude goed worden opgepakt. Het is belangrijk dat zorgprofessionals weten waar zij terecht kunnen, binnen hun organisatie en daarbuiten. Samen met de FMS, NVZ en NFU hebben wij gesprekken gevoerd met medewerkers van ziekenhuizen over hun ervaringen met interne meldingen. Een aantal ziekenhuizen heeft al een intern meldingsproces ingericht, zodat medewerkers vragen kunnen stellen of hun vermoedens van fouten of fraude kunnen melden. Dit najaar gaan we opnieuw met de ziekenhuizen in gesprek om goede voorbeelden in kaart te brengen. Zo kunnen ziekenhuizen van elkaar leren en hoeft niet iedere organisatie zelf het wiel uit te vinden.

Om zorgprofessionals te ondersteunen bij het maken van de juiste afweging in een concrete situatie, maken wij samen met de NZa een handreiking.¹⁵ Deze biedt zorgprofessionals handvatten om bij een 'onderbuikgevoel' actie te ondernemen. De handreiking is naar verwachting eind november 2016 beschikbaar via de website van de NZa. Aanvullend hierop maakt VWS samen met een ziekenhuis een filmpje over hoe om te gaan met interne meldingen. Daarbij gaan we uit van de methode van Veilig Incident Melden (VIM), die ziekenhuizen ook toepassen bij meldingen over de kwaliteit van de zorg. Het filmpje geeft een goed voorbeeld van een ziekenhuis dat wil leren van fouten en daarom medewerkers de mogelijkheid geeft om veilig melding te maken van vragen of vermoedens van onrechtmatigheid. Het filmpje is eind november gereed. Ten slotte bekijkt de FMS of zij de gedragsregel Correct Declareren gaat aanpassen, om aan te sluiten bij de actuele ontwikkelingen.

HANDREIKING VOOR ZORGPROFESSIONALS

Om zorgprofessionals te ondersteunen bij het maken van de juiste afwegingen als zij vermoedens hebben van fouten of fraude, maken VWS en de NZa een handreiking. Die geeft zorgprofessionals duidelijke handvatten hoe te handelen in een concrete situatie.

¹³ Kamerstukken II, 2015-2016, 32 012, nr. 35.

¹⁴ Toezicht op goed bestuur. NZa en IGZ (2016). Website IGZ: http://www.igz.nl/Images/Toezicht%20op%20goed%20bestuur%20IGZ-NZa%202016%20def_tcm294-376751.pdf.

¹⁵ Zoals aangegeven in de vierde voortgangsrapportage krijgt de door de Kamer gevraagde meldcode (Kamerstukken II, 2014-2015, 28 828, nr. 86) de vorm van een handreiking gericht op de zorgaanbieder in de praktijk.

Zorginstituut Nederland en NZa verduidelijken het proces rond pakketduidingen

Het Zorginstituut Nederland publiceert ieder voorjaar de adviezen over pakketaanspraken die leiden tot wijzigingen in de regelgeving. De minister informeert uw Kamer via de pakketbrief van juni over de besluitvorming op deze adviezen en de voorgenomen wijzigingen in het basispakket per 1 januari van het daaropvolgende jaar. Als de voorgenomen pakketwijzigingen leiden tot aanpassing van het Besluit Zorgverzekering, hangt de minister het concept van de betreffende wijzigings-AMvB eveneens in juni voor bij de Eerste en Tweede Kamer. Daarnaast brengt het Zorginstituut het hele jaar door duidingen uit van zorg (zowel aanspraken als indicatiegebieden). Met deze duidingen geeft het Zorginstituut vanuit het principe ‘*stand van wetenschap en praktijk*’ helderheid over welke zorg binnen het verzekerd pakket valt en welke niet.¹⁶ Een duiding is in de meeste gevallen per direct geldig. In sommige gevallen geldt dit met terugwerkende kracht vanaf het moment dat de interventie wetenschappelijk als *evidence based* is aangetoond. De uitspraken van het Zorginstituut kunnen dus vanaf het moment van publicatie van het doorslaggevende wetenschappelijk onderzoek leiden tot een wijziging van de Zwv aanspraak op zorg waar zorgaanbieders rechtmatig een declaratie voor kunnen indienen. Hoewel de vertaling van duidingen naar de uitvoeringspraktijk van zorgaanbieders en zorgverzekeraars meestal goed verloopt, leidt het een enkele keer tot knelpunten in de uitvoering en rechtmatigheid van declaraties.

Om meer helderheid te geven over de cyclus van pakketduidingen en de doorwerking daarvan in het toezicht, hebben het Zorginstituut en de NZa zorgaanbieders en zorgverzekeraars hier via de brancheorganisaties over geïnformeerd. Ook werken zij met brancheorganisaties uit de medisch-specialistische zorg aan een praktische werkwijze die aansluit bij de uitvoeringspraktijk van zorgaanbieders. De beoogde werkwijze gaat uit van een implementatietijd voor pakketduidingen die leiden tot een inperking van het pakket.¹⁷ Hierbij is van belang welke impact de duiding heeft op bijvoorbeeld patiënten, de prestatiebeschrijving en de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Partijen zijn nog in gesprek over deze werkwijze. Het streven is om dit najaar tot afspraken te komen.

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

Er is scherper toezicht op de kwaliteit van nieuwe zorgaanbieders

Vanaf 1 januari 2016 benadert de IGZ iedere startende zorgaanbieder die zich inschrijft in het Handelsregister met het verzoek om via de website www.nieuwezorgaanbieders.nl een vragenlijst in te vullen. Op basis hiervan kan de IGZ de zorgaanbieders selecteren die zij binnen vier weken tot zes maanden na aanvang van de zorgverlening gaat bezoeken, om in de praktijk te toetsen of de kwaliteit van zorg op orde is. Ook maakt de vragenlijst zorgaanbieders meer bewust van de eisen die de IGZ stelt aan de zorgverlening, hun verantwoordelijkheid voor een goede kwaliteit van zorgverlening en het belang van het correct declareren van de verleende zorg. Deze benadering loopt vooruit op de voorgenomen invoering van een meldplicht voor alle startende zorgaanbieders. Wij willen deze meldplicht wettelijk gaan verankeren met de aangekondigde aanpassing van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Dit wetvoorstel verwachten wij begin 2017 aan uw Kamer te kunnen aanbieden.

Zorgverzekeraars screenen zorgaanbieders op integriteit

In de vorige voortgangsrapportage hebben we u geïnformeerd over de ontwikkeling van het portaal Raadpleging Integriteit Zorgaanbieders (RIZ). Inmiddels hebben zorgverzekeraars het portaal RIZ in gebruik genomen. Zij gebruiken dit instrument om de integriteit van zorgaanbieders aan de hand van bestaande gegevensbronnen te toetsen, voordat zij een relatie aangaan of verlengen. Op dit moment ontsluit het portaal RIZ het AGB-, het BIG-, het Insolventie- en het Handelsregister, en de Jaarverslagen Zorg.¹⁸ Op termijn komen ook Google Streetview, het Kadaster en het Extern Verwijzingsregister (EVR) erbij. Voor het EVR geldt dat het een gesloten register is, dat vanwege de privacy alleen raadpleegbaar zal zijn voor daartoe bevoegde medewerkers van zorgverzekeraars. Naast het toevoegen van nieuwe bronnen onderzoekt ZN ook de mogelijkheid om het portaal RIZ open te stellen voor andere partijen. Inmiddels is een pilot gestart met een aantal gemeenten, om te onderzoeken of het portaal voor hen van toegevoegde waarde kan zijn.

¹⁶ Dit is van toepassing als er sprake is van een ‘open aanspraak’, zoals bij de medisch-specialistische zorg. Bij de extramurale geneesmiddelen is sprake van een ‘gesloten aanspraak’. Dit betekent dat de minister over iedere pakketwijziging een besluit moet nemen.

¹⁷ “Implementatietijd” wil zeggen dat een duiding van ZIN niet in werking treedt op het moment van publiceren van die duiding maar enige tijd daarna.

¹⁸ Het Algemeen GegevensBeheer register (AGB) bevat algemene gegevens van zorgverleners in Nederland. Het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg register (BIG) bevat informatie over de bevoegdheden van geregistreerde zorgverleners.

Ontwikkeling van een waarschuwingsregister voor de zorg

In de antwoorden op Kamervragen van 12 september jl. heeft de staatssecretaris toegezegd om u nader te informeren over de ontwikkeling van een waarschuwingsregister voor de zorg.¹⁹ Eerder bent u geïnformeerd dat VWS samen met ZN en de VNG werkt aan het opstellen van de juridische protocollering voor het waarschuwingsregister. We streven er naar om de protocollering eind 2016 gereed te hebben, zodat we dit – vooruitlopend op nieuwe wetgeving en de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) – ter goedkeuring kunnen voorleggen aan de Autoriteit Persoonsgegevens (AP). Alleen bij goedkeuring van de AP kan het waarschuwingsregister al van start gaan.

Daarnaast heeft de staatssecretaris u eerder geïnformeerd over impactanalyse die de VNG zou uitvoeren naar de uitvoeringsvraagstukken voor gemeenten. Deze impactanalyse is inmiddels afgerond. Uit de analyse blijkt dat gemeenten nog veel vragen hebben over het waarschuwingsregister. Die vragen gaan onder andere over de werking en de implicaties van het waarschuwingsregister. Om antwoord te geven op de vragen, gaat de VNG in samenwerking met VWS en ZN een aantal bijeenkomsten organiseren. Het doel hiervan is om de kennis en ervaringen van zorgverzekeraars te delen en met gemeenten in gesprek te gaan over hun vragen en behoeften.

Pilot toerusting startende budgethouders is gestart

Preventie is een belangrijke pijler van het programmaplan Rechtmatige Zorg. In dit kader investeren wij ook in de kennis en bewustwording van patiënten en cliënten, zodat zij beter in staat zijn om fouten en fraude te herkennen en te voorkomen. Vanuit dit idee ondersteunen wij de pilot 'Toerusting startende budgethouders' die patiëntenvereniging Per Saldo uitvoert in samenwerking met zorgkantoor Zilveren Kruis.²⁰ In deze pilot kunnen maximaal 750 startende budgethouders na het bewuste keuzegesprek deelnemen aan een eendaagse cursus. Daarin krijgen zij voorlichting over de rechten, plichten en verantwoordelijkheden die bij het budgethouderschap horen en over de mogelijke risico's op misleiding en fraude. Ook ontvangen zij een toolkit met informatie. Het doel van de pilot is om na te gaan of een dergelijk traject de positie van budgethouders versterkt en onrechtmatigheden bij de besteding van het pgb kan helpen voorkomen.

De pilot loopt van april 2016 tot het einde van dit jaar. In eerste instantie kwam de pilot voorzichtig op gang en bleef het aantal deelnemers beperkt. De budgethouders die hebben deelgenomen, zijn wel enthousiast over de cursus. Doordat Per Saldo geïnteresseerden nabelt, neemt het aantal deelnemers nu toe. Per Saldo neemt waarschijnlijk ook de optie van een laagdrempelige internetcursus op in de pilot.

Keurmerk voor pgb zorgaanbieders

Wij hebben toegezegd om u rond de zomer nader te informeren over de verdere uitwerking van een keurmerk voor pgb aanbieders.²¹ VWS heeft met Per Saldo, de Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ), ZZP-Nederland, de VNG, de gemeente Nijmegen, Ieder(in) en ZN gesprekken gevoerd over de wensen en behoeften van verschillende partijen en het draagvlak voor de ontwikkeling van een keurmerk. Het merendeel van de partijen is tot de conclusie gekomen dat er niet zozeer behoefte is aan een nieuw keurmerk, maar meer aan een keuze-instrument voor budgethouders. Dat instrument moet volgens de partijen informatie geven over zowel zorgaanbieders als individuele zorgverleners (zzp-ers), relevante zoekcriteria en cliëntbeoordelingen bevatten en openbaar toegankelijk zijn. Ook willen partijen dat het instrument uitgaat van vrijwillige deelname van zorgaanbieders en hen de mogelijkheid biedt om zelf informatie toe te voegen. Wij kijken hoe we een dergelijk keuze-instrument vorm kunnen geven en of het aan kan sluiten bij al bestaande initiatieven. Deze verkenning verwachten we in het eerste kwartaal van 2017 af te ronden. Daarna informeren we u over de uitkomsten.

¹⁹ Kamerstukken II, 2015-2016, Aanhangsel der Handelingen, nr. 3487.

²⁰ Met deze pilot geeft de staatssecretaris invulling aan de motie Voortman - (Otwin) van Dijk (Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 214), die de regering verzoekt in gesprek te gaan met Per Saldo over toerustingstrajecten voor (nieuwe) budgethouders. Ook doet de staatssecretaris toezegging af uit de brief van 8 april 2016, om uw Kamer in het najaar te informeren over het beter voorlichten van budgethouders (Kamerstukken II, 2015-2016, 28 828, nr. 239).

²¹ Kamerbrief 7 december, 25 657, nr. 225

Thema 3. Controle

Meer uniformering in de controles door zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars werken samen bij controles op buitenlandse zorgdeclaraties. Patiënten en cliënten zijn zich bewust van de kosten van de zorg en willen hier informatie over. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders werken verder aan horizontaal toezicht.

A. Controles brengen onrechtmatigheden effectief en efficiënt aan het licht

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders gaan verder met de ontwikkeling van horizontaal toezicht

Zorgverzekeraars werken samen met zorgaanbieders in verschillende sectoren verder aan de ontwikkeling van horizontaal toezicht. Zoals we in de vierde voortgangsrapportage hebben aangegeven, werkt een aantal zorgverzekeraars aan pilots met individuele zorgaanbieders (voornamelijk bij ziekenhuizen, maar ook een aantal bij curatieve ggz-instellingen). Dit najaar stellen ZN, de NVZ en de NFU gezamenlijk een plan van aanpak op over de uitwerking en implementatie van horizontaal toezicht. Het verbeteren van compliance (het naleven van wet- en regelgeving) in het registratie- en declaratieproces maakt hier onderdeel van uit.

Certificering kan een belangrijke bodem zijn onder horizontaal toezicht. Revalidatiecentra hebben over het vierde kwartaal van 2015 voor het eerst hun declaratieprocessen laten certificeren. Op basis daarvan bezien de zorgverzekeraars nu of er een relatie is tussen de kwaliteit van het declaratieproces en de kwaliteit van de uiteindelijke declaraties. Als die relatie er is, kan de zorgverzekeraar veel controles overlaten aan de zorgaanbieder. Horizontaal toezicht leidt dan op termijn voor zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars tot minder controlelast met bijbehorende correcties en daarmee tot een vermindering van de administratieve lasten. Overigens heeft de NZa eerder dit jaar al aangegeven dat zij in beginsel positief tegenover de ontwikkeling van horizontaal toezicht staat.²² De NZa geeft onder andere aan dat als zij gefundeerd vertrouwen heeft dat onjuistheden vooraan in de keten adequaat worden voorkomen, gecorrigeerd en geëvalueerd, zij haar toezicht meer kan inrichten op basis van thema's, risico's en steekproeven.

Zorgverzekeraars werken samen bij controles op buitenlandse zorgdeclaraties

In de Kamerbrief van 7 december 2015 heeft de staatssecretaris namens ons beiden een beleidsreactie gegeven op de signaleringsbrief van de Inspectie SZW.²³ In deze signaleringsbrief constateerde de Inspectie SZW dat zorgverzekeraars declaraties van buitenlandse zorgaanbieders niet op eenduidige wijze registreren, wat volgens de Inspectie SZW de mogelijkheid van onderzoek naar patronen in de data en mogelijke fraude bemoeilijkt.²⁴ Er zijn twee verschillende routes om zorg in het buitenland te declareren. Of de verzekerde dient rechtstreeks een declaratie in bij zijn zorgverzekeraar op grond van de zorgpolis, of de zorg wordt vergoed op grond van de Europese Verordening (EHIC) of verdragen.²⁵ De signalering van de Inspectie SZW heeft betrekking op de rechtstreekse declaraties door verzekerden bij de zorgverzekeraar.

Zoals toegezegd in de beleidsreactie op de signaleringsbrief heeft VWS met ZN gesproken over de controles die zij uitvoeren op onrechtmatigheden bij buitenlandse declaraties.²⁶ Uit dit gesprek is gebleken dat het registreren van alle gegevens van declarerende buitenlandse zorgaanbieders onhaalbaar is, maar dat zorgverzekeraars veel tijd en energie steken in het (handmatig) controleren van buitenlandse declaraties. Door iedere buitenlandse declaratie zorgvuldig te beoordelen, voorkomen zorgverzekeraars zoveel mogelijk dat zij onrechtmatige declaraties vergoeden en dat er fraudeonderzoek in het buitenland moet plaatsvinden. Daarnaast delen zorgverzekeraars onderling signalen van mogelijke fraude met elkaar via een digitaal registratiesysteem van ZN en via de zogenaamde landenkennisbank. Ook bespreken zorgverzekeraars de signalen in reguliere overleggen met de fraudeonderzoekers van alle zorgverzekeraars. Zo blijven de fraudeonderzoekers geïnformeerd over fraudesignalen bij buitenlandse declaraties en kunnen zij vaststellen of het gaat om

²² NZa, Advies zienswijze horizontaal toezicht (2016). https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Advies_zienswijze_horizontaal_toezicht

²³ Kamerstukken II, 2015-2016, 28 828, nr. 225.

²⁴ Kamerstukken II, 2015-2016, 28 828, nr. 225.

²⁵ Verordening (EG) nr. 883/2004.

²⁶ Kamerstukken II, 2015-2016, 25 657, nr. 225.

een individueel signaal of een landelijk spelende kwestie. Op deze wijze werken zorgverzekeraars samen om onrechtmatigheid bij buitenlandse declaraties effectief te detecteren en hun controles hierop in te richten.

B. Controlemogelijkheden zijn duidelijk en worden voldoende benut

Zorgverzekeraars uniformeren de uitvoering van controles

Zorgverzekeraars werken steeds meer toe naar uniformering van de gegevensgerichte formele controles die zij voor betaling van declaraties uitvoeren. Ook stemmen zorgverzekeraars gezamenlijk met zorgaanbieders en softwareleveranciers af waar ze op controleren. Dit heeft een aantal voordelen. In de eerste plaats hebben zorgaanbieders vooraf meer duidelijkheid, zodat ze weten hoe ze correct kunnen declareren. Ook kunnen zorgaanbieders de controles zelf vooraf in hun systemen inbouwen, omdat transparant is waar de zorgverzekeraars op controleren. Zo zijn zorgaanbieders beter in staat om declaraties direct op de juiste manier in te dienen, wat ook bijdraagt aan het verminderen van de administratieve lasten. Inmiddels is er voor verschillende sectoren een uniforme formele controleset beschikbaar, namelijk voor de medisch-specialistische zorg, de ggz, de langdurige zorg, wijkverpleging en zorg aan zintuiglijk gehandicapten. In 2016 komt hier ook een uniforme controleset voor de sector farmacie bij.

UNIFORMERING VAN CONTROLES

Zorgverzekeraars werken steeds meer toe naar uniforme controles op declaraties.

Dit bevordert het correct declareren en vermindert de administratieve lasten voor zorgaanbieders.

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

Patiënten en cliënten zijn zich bewust van de kosten van zorg, maar inzicht in de zorgnota kan nog beter

Op 8 juli jongstleden hebben we u geïnformeerd over de stand van zaken rond onze inzet op het verhogen van kostenbewustzijn en een inzichtelijke zorgnota.²⁷ De afgelopen jaren zijn verschillende acties ondernomen om zorgnota's inzichtelijker te maken voor patiënten en cliënten. Recent heeft Motivaction een evaluatie uitgevoerd om inzicht te krijgen of zorggebruikers tijdig voldoende en begrijpelijke informatie krijgen over de kosten van de zorg en of wat hun eventuele behoeftes zijn. Het rapport van deze evaluatie hebt u recentelijk ontvangen.²⁸ Uit de evaluatie blijkt dat het kostenbewustzijn onder patiënten hoog is: 80% van de ondervraagden wil weten wat de zorg kost. Wel is er nog behoefte aan duidelijke informatie. Mensen weten niet altijd waar ze terecht kunnen voor informatie en zijn nog niet altijd even bekend met de 'mijn-omgeving' van de zorgverzekeraars. Hier is dus nog winst te behalen. Verder valt op dat veel mensen het melden als er onduidelijkheden of onjuistheden op de zorgnota staan. Dat is positief, want door de nota goed te controleren, kunnen patiënten bijdragen aan het signaleren van mogelijke onrechtmatigheden in de zorg. Aan de hand van de evaluatie gaat de minister met de werkgroepen voor de medisch specialistische zorg, de ggz en de eerste lijn plannen van aanpak opstellen om het kostenbewustzijn onder patiënten verder te vergroten.

²⁷ Kamerstukken II, 2015-2016, 34 300 XVI, nr. 168.

²⁸ Kamerstukken II, 2016-2017, 29 689, nr. 776.

Thema 4. Handhaving

De NZa en zorgverzekeraars gaan samenwerken om bewijsmateriaal veilig te stellen bij vermoedens van fraude. Het Informatie Knooppunt Zorgfraude start rond 1 november 2016. Zorgverzekeraars starten een pilot met een gezamenlijke onderzoeksunit. Meer aandacht bij zorgverzekeraars voor de mogelijkheden van tuchtrechtelijke handhaving en inzet van een boetebeding.

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

Zorgverzekeraars bundelen hun krachten in een onderzoeksunit

Alle zorgverzekeraars investeren veel tijd en capaciteit in de uitvoering van hun eigen fraudeonderzoeken. Daarom heeft ZN samen met de zorgverzekeraars verkend wat de mogelijkheden zijn om de onderzoekskrachten van de individuele zorgverzekeraars te bundelen in een gezamenlijke onderzoeksunit. Die onderzoeksunit kan dan voor alle zorgverzekeraars fraudeonderzoeken uitvoeren, wat vooral voordelen heeft bij landelijk spelende casuïstiek.

In januari 2017 starten ZN en zorgverzekeraars met een pilot van negen maanden, om de onderzoeksunit concreet vorm te geven en gezamenlijk aan de slag te gaan met onderzoeken. Bij een succesvol verloop van de pilot gaan ZN en zorgverzekeraars bekijken of de onderzoeksunit een structureel vervolg krijgt.

Inzet onafhankelijk deskundige arts bij strafrechtelijke onderzoeken

Op 5 juli 2016 heeft de minister u geïnformeerd dat zij met de KNMG, de Inspectie SZW, de FIOD en het Openbaar Ministerie (OM) afspraken heeft gemaakt over een werkwijze voor het inzetten van een onafhankelijk deskundige arts bij signalen en verdenkingen van fraude in de zorg.²⁹ De minister heeft hier met de partijen een convenant over gesloten. De overeengekomen werkwijze houdt in dat, met instemming van de 'verdachte' arts of na een onafhankelijke toets door een juridisch deskundige, een onafhankelijk deskundige arts in het kader van een strafrechtelijk onderzoek de medische dossiers van patiënten kan inzien. Doel daarvan is om vast te stellen of en zo ja, hoe vaak bepaalde behandelingen hebben plaatsgevonden. Vervolgens zal de onafhankelijk deskundige arts gegevens geanonimiseerd aanleveren bij het OM, met daarbij een verslag van de bevindingen. Zo blijven zowel de privacy van patiënten als het medische beroepsgeheim maximaal gewaarborgd.

Zoals de minister heeft aangegeven, is de voorgestelde werkwijze deze zomer juridisch getoetst. Deze toets heeft geleid tot een aantal verduidelijkingen. In het convenant is onder andere uitleg opgenomen over de proportionaliteit en subsidiariteit van de werkwijze en over de verhouding van het convenant tot de bestaande wet- en regelgeving. Het convenant is op 21 oktober ondertekend (zie de bijlagen bij deze voortgangsrapportage voor het convenant en de juridische toets). Publicatie in de Staatscourant volgt op korte termijn.

INZET ONAFHANKELIJK DESKUNDIGE ARTS IN STRAFRECHTELIJK ONDERZOEK

De KNMG, de Inspectie SZW, de FIOD, het OM en VWS hebben afspraken gemaakt over de inzet van een onafhankelijk deskundig arts in strafrechtelijke onderzoeken naar fraude.

Wetsvoorstel Verbetering Toezicht en Opsporing, naleving en handhaving Wet marktordening gezondheidszorg

In het programmaplan Rechtmatige Zorg is ook de wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving (VTO Wmg) opgenomen. Dit

²⁹ Kamerstukken II, 2015-2016, 28 828, nr. 96.

wetsvoorstel stelt partijen in staat om effectief te controleren, toezicht te houden en op te treden tegen misstanden. Het wetsvoorstel is op 13 september jl. door uw Kamer aangenomen en is inmiddels in behandeling bij de Eerste Kamer.

Bij de behandeling van het wetsvoorstel is de minister bij motie gevraagd om te onderzoeken op welke wijze zorgverzekeraars kunnen worden verplicht om controle op de rechtmatige besteding van premiegeld uit te voeren.³⁰ Zorgverzekeraars voeren de Zorgverzekeringswet (Zvw) uit en zijn verplicht om zich te houden aan de regels die deze wet voorschrijft. De Zvw schrijft de zorgverzekeraars niet voor hoe zij de ontvangen premies moeten besteden. Dit valt in het private domein en zorgverzekeraars mogen hier zelf over beslissen. Wel hebben zij een wettelijke zorgplicht. Het ligt daarom voor de hand dat zij het ontvangen premiegeld inzetten om zorg in te kopen voor hun verzekerden. De zorgverzekeraars mogen alleen kosten voor zorg in de risicoverevening inbrengen indien het zorg betreft die is verzekerd onder de Zvw.

De NZa ziet er op toe dat de zorgverzekeraars voldoende controleren of de gedeclareerde zorg inderdaad Zvw-verzekerd is. In het laatste rapport over de rechtmatige uitvoering van de Zvw geeft de NZa aan dat alle zorgverzekeraars die controles inmiddels adequaat uitvoeren.³¹ De NZa zal in het toezicht ook de komende jaren aandacht blijven besteden aan de rechtmatige uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Gelet op voorgaande acht de minister het uitvoeren van een nadere verkenning op dit punt niet noodzakelijk en beschouwt de motie als afgedaan.

B. De samenwerking tussen handhavingpartners leidt tot een effectieve handhaving

Samenwerking in het centraal meldpunt zorgfraude start op 1 november

In de vorige voortgangsrapportage hebben we u geïnformeerd over een centraal meldpunt voor alle signalen over zorgfraude. Ook hebben we aangegeven dat we een nieuwe multidisciplinair samenwerkingsverband inrichten om zorgfraude effectiever aan te pakken. Het centraal meldpunt zorgfraude is ondergebracht bij het bestaande meldpunt van de NZa. Burgers en professionals kunnen hier dus ook terecht met hun signalen over fraude.³² In de communicatie over het meldpunt zal de NZa dit duidelijk aangeven. Als er bij het meldpunt van de NZa signalen over fraude binnenkomen, gaan die voor de verdere afhandeling naar een apart team, het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). In dit team werken toezichthouders en opsporingsdiensten samen om signalen over fraude in de zorg effectiever af te handelen. Dat doen zij door informatie uit openbare en gesloten bronnen te combineren en te analyseren. Dit geeft de samenwerkende partners tevens meer mogelijkheden om kennis en expertise over zorgfraude op te bouwen. Het samenwerkingsverband start op 1 november met zijn werkzaamheden.

Hiermee geeft de staatssecretaris ook invulling aan de toezegging om u te informeren over de wijze van samenwerking bij de afhandeling van fraudesignalen.

INFORMATIE KNOOPPUNT ZORGFRAUDE

Vanaf 1 november werken toezichthouders en opsporingsdiensten in het Informatie Knooppunt Zorgfraude samen aan de afhandeling van signalen over fraude in de zorg.

De NZa en de IGZ versterken hun samenwerking bij het toezicht

De NZa en de IGZ zien er vanuit hun rol als toezichthouders op toe dat burgers toegang hebben tot kwalitatief goede en betaalbare zorg. Voor de NZa ligt daarbij de nadruk op de toegankelijkheid en betaalbaarheid, terwijl de IGZ zich primair richt op de kwaliteit van de zorg. De ervaring leert echter dat goede zorg en een rechtmatige administratie vaak hand in hand gaan. Om die reden werken de toezichthouders samen waar dat mogelijk is en meerwaarde heeft. Bijvoorbeeld bij de afhandeling van casuïstiek. Ook het eerdergenoemde kader 'Toezicht op goed bestuur' is een voorbeeld van de intensievere samenwerking tussen de toezichthouders.

³⁰ Kamerstukken II, 2015–2016, 33 980, nr. 25.

³¹ Kamerstukken II, 2015–2016, 29 689, nr. 687.

³² Het meldpunt van de NZa ziet toe op meldingen die betrekking hebben op de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg. Voor klachten over de kwaliteit van de zorg kunnen mensen terecht bij het Landelijk Meldpunt Zorg.

Om de samenwerking goed te borgen hebben de NZa en de IGZ eind 2015 een hernieuwd samenwerkingsprotocol gesloten. Daarin maken de toezichthouders afspraken over hoe zij omgaan met zaken die aan beide toezichtsgebieden raken.³³ Momenteel werken de NZa en de IGZ aan een gezamenlijk informatieprotocol, dat beschrijft welke informatie zij in het kader van het toezicht met elkaar kunnen delen.

Zorgverzekeraars en de NZa starten een pilot om bewijsmateriaal beter veilig te stellen

De NZa en zorgverzekeraars starten het komende jaar een pilot om te verkennen hoe zij kunnen samenwerken bij het veiligstellen van bewijsmateriaal in het kader van een fraudeonderzoek. Zorgverzekeraars hebben eerder aangegeven dat zij bij vermoedens van fraude onvoldoende mogelijkheden hebben om de administratie van een verdachte zorgaanbieder veilig te stellen. Daardoor is er een risico dat de administratie verloren gaat voordat de verzekeraar het onderzoek heeft afgerond. De NZa en ZN hebben daarom afgesproken om aan de hand van casuïstiek van verschillende zorgverzekeraars te onderzoeken in welke situaties de inzet van de NZa gewenst is om gegevens veilig te stellen. In dat geval kan de NZa zelf een toezichtonderzoek starten. Verder gaan de NZa en verzekeraars in de pilot bekijken welke informatie zij in dit kader kunnen delen, wat de werkwijze betekent voor de inzet en capaciteit van de NZa en welke rol de verzekeraars kunnen spelen in het vervolgetraject. Na afloop evalueren de partijen of de werkwijze bijdraagt aan het vergroten van de effectiviteit van de fraudeaanpak. De staatssecretaris komt hiermee tegemoet aan de toezegging om u te informeren of een dergelijke werkwijze mogelijk is.³⁴

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

Resultaten van afgeronde fraudeonderzoeken

De Inspectie SZW heeft in 2015 11 strafrechtelijke onderzoeken en 2 zogeheten ontnemingsonderzoeken afgerond en ingeleverd bij het Openbaar Ministerie. Het geschatte fraudebedrag kwam in totaal uit op zo'n 8 miljoen euro, waarvan circa 7 miljoen betrekking had op het pgb.³⁵ Veelal ging het in deze onderzoeken om georganiseerde fraude in de zorg, soms in combinatie met strafbare feiten in het sociale domein. Het OM en de Inspectie SZW zetten erop in om de schade te verhalen of om andere partijen in staat stellen tot verhaal over te gaan. Overigens bemoeilijkt het medisch beroepsgeheim in veel strafrechtelijke onderzoeken de vergaring van bewijsmateriaal. Met de inzet van de hiervoor genoemde onafhankelijk deskundig arts verwachten wij dat de opsporingsdiensten en het OM hun onderzoeken effectiever kunnen uitvoeren.

Naast het uitvoeren van opsporingsonderzoeken draagt de Inspectie SZW vanuit haar kennis en ervaring uit strafrechtelijke onderzoeken ook bij aan ketensamenwerking. Door bevindingen uit strafrechtelijke onderzoeken te signaleren bij VWS en andere partijen, draagt de Inspectie SZW bij aan het fraudebestendig maken van wet- en regelgeving en de uitvoeringspraktijk. Daarnaast informeert de Inspectie SZW gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren ook over bevindingen op basis van onderzoek. Deze bevindingen hebben geleid (of gaan leiden) tot het stopzetten van onterechte betalingen en frauduleuze onttrekkingen aan pgb-budgetten. Dit staat overigens los van de beslissing om al dan niet strafrechtelijk onderzoek in te stellen en is vooral bedoeld om de schade te beperken.

Zoals hiervoor al aan de orde kwam, besteden zorgverzekeraars steeds meer aandacht aan controles. Zorgverzekeraars hebben in 2015 door middel van achteraf controles voor 505 miljoen euro aan onterechte declaraties vastgesteld. In de meeste gevallen bleek het te gaan om onbedoelde fouten met declaraties (485 miljoen euro), die de zorgverzekeraars hebben gecorrigeerd of teruggevorderd bij zorgaanbieders. Daarnaast hebben zij voor ruim 11 miljoen euro aan fraude vastgesteld.

³³ Samenwerkingsprotocol IGZ en NZa (november 2015). https://www.nza.nl/publicaties/1048188/Samenwerkingsprotocol_IGZ_en_NZa.

³⁴ Kamerstukken II, 2015-2016, 34 300-XVI, nr. 168.

³⁵ Het betreft strafrechtelijke onderzoeken die zijn afgerond in 2015. De onderzoeken naar fraude met het pgb zien alle nog toe op de situatie van voor 1 januari 2015, toen de AWBZ van kracht was. Cijfers over het jaar 2016 zijn nog niet beschikbaar. Het OM neemt deze op in de Fraudemonitor 2016, die in 2017 beschikbaar komt.

Uitkomsten verkenning naar mogelijke aanpassing van de AGB-registratie

In de eerdergenoemde signaleringsbrief heeft de Inspectie SZW er op gewezen dat fraude met zorgdeclaraties mede mogelijk is door beperkingen in informatiesystemen. De Inspectie SZW verwees in het bijzonder naar het Algemeen Gegevensbeheer (AGB). Het AGB-systeem is een registratiesysteem dat gegevens van zorgaanbieders bevat. Zoals eerder aan uw Kamer toegezegd, is VWS met de Inspectie SZW, ZN en Vektis (beheerder van het AGB) in overleg gegaan over hoe om te gaan met het signaal van de Inspectie SZW. Uit dat overleg is het volgende gebleken.

Het AGB-systeem ondersteunt verschillende digitale processen binnen de zorg, waaronder het elektronisch declaratieproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In beginsel is het AGB niet gericht op het faciliteren van onderzoeken naar mogelijke onrechtmatigheden in de zorg. Het punt waar de Inspectie SZW in strafrechtelijke onderzoeken tegenaan loopt, is dat een ingediende zorgdeclaratie lastig te herleiden is naar de individuele zorgverlener die de behandeling feitelijk heeft uitgevoerd. Volgens de Inspectie SZW is dit op te lossen met het introduceren en vermelden van een persoonsgebonden AGB-code op de zorgdeclaratie. Dit zou direct zicht geven op het declaratiegedrag van een individuele zorgverlener. Genoemde partijen hebben onderzocht in hoeverre het vermelden van een persoonsgebonden AGB-code een oplossing biedt voor het gesignaleerde probleem. Zij komen tot de conclusie dat een persoonlijke code inderdaad behulpzaam zou kunnen zijn bij het beoordelen van een signaal van een redelijk vermoeden van een strafbaar feit en het eventueel daarop volgende opsporingsonderzoek. Tegelijkertijd concluderen zij dat deze aanpassing leidt tot aanzienlijke wijzigingen van registratie- en declaratieprocessen en daarmee een forse toename van de administratieve lasten. Gezien deze consequenties ligt aanpassing van het AGB-systeem volgens de partijen niet in de rede. Dat laat onverlet dat partijen steeds meer samenwerken om fouten en fraude beter te kunnen vaststellen en de bewijsbaarheid te vergroten. Initiatieven als de uniformering van controles door zorgverzekeraars (beschreven onder thema 3) en de hierboven genoemde pilot van zorgverzekeraars en de NZa bij het veiligstellen van bewijsmateriaal dragen hier bijvoorbeeld aan bij.

INZET CIVIEL- EN TUCHTRECHTELIJKE INSTRUMENTEN

Zorgverzekeraars geven vervolg aan de uitkomsten van het onderzoek naar de inzet van civiel- en tuchtrechtelijk verzekeraars. Zij hebben de eerste tuchtklachten ingediend en doen onderzoek naar de mogelijkheid van een boetebeding.

Zorgverzekeraars geven vervolg aan het onderzoek naar de inzet van civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten

In maart 2016³⁶ heeft de minister u het rapport ‘Analyse inzet civiel- en tuchtrechtelijke instrumenten door zorgverzekeraars’ aangeboden, met een bijbehorende beleidsreactie. Dit rapport gaat onder andere in op de inzet van het tuchtrecht en van een zogeheten boetebeding door zorgverzekeraars.³⁷

In het onderzoek concluderen de onderzoekers ten eerste dat zorgverzekeraars nog weinig bekend zijn met de mogelijkheden om het tuchtrecht in te zetten. De minister heeft dit onderzoek daarom ook onder de aandacht van ZN gebracht. Om zorgverzekeraars meer handvatten te geven over de mogelijkheden van het tuchtrecht, heeft ZN een handreiking opgesteld. Deze handreiking beschrijft in welke situaties verzekeraars het tuchtrecht als maatregel kunnen inzetten en welke stappen zij moeten nemen om een tuchzaak te kunnen starten. Verder kunnen zorgverzekeraars een beroep doen op de IGZ als zij zelf niet-ontvankelijk (blijken te) zijn. Ook is de IGZ bereid om uitleg te geven aan verzekeraars als zij behoefte hebben aan informatie of verduidelijking. Inmiddels zetten zorgverzekeraars wel stappen op dit gebied en zijn de eerste tuchtklachten ingediend.

In het rapport geven de onderzoekers tevens aan dat verzekeraars tot nu toe geen gebruik hebben gemaakt van het boetebeding in de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Wel is een zorgverzekeraar nu bezig met een onderzoek naar het draagvlak onder zorgverzekeraars voor de inzet van een boetebeding in het kader van hun

³⁶ Kamerstukken II, 2015-2016, 34 300-XVI, nr. 158.

³⁷ Een boetebeding is een bepaling in een overeenkomst die stelt dat als een bepaalde gebeurtenis plaatsvindt (of niet plaatsvindt) de ene partij een boete moet betalen aan de andere partij.

civielrechtelijke handhaving. De uitkomsten van dit onderzoek komen binnenkort beschikbaar. Zorgverzekeraars zullen zich dan beraden over hoe hiermee om te gaan.