



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Rechtmatige Zorg

Aanpak van fouten en fraude 2018-2021

Rechtmatige Zorg

Aanpak van fouten en fraude 2018-2021

Inhoud

Inleiding	5
1. Een actiegerichte aanpak	7
Wat is het probleem?	8
Het doel	9
Wat gaan we doen?	10
Meer inzetten op het voorkomen van fouten en fraude	11
Focus op specifieke zorgsectoren	12
Rol voor de patiënt	12
Handhaving	12
Monitoring en effectmeting	13
2. Actielijnen per sector	15
2.1 Medisch-specialistische zorg	16
2.2 Geestelijke gezondheidszorg	22
2.3 Mondzorg	27
2.4 Wijkverpleging	32
2.5 Persoonsgebonden budget	38
3. Wetgevingstrajecten	47
3.1 Wetsvoorstel IKZ en Waarschuwingsregister: gegevensuitwisseling	48
3.2 Wtza: aanscherping van de toetreding	48
3.3 AWtza: Overheveling van toezichttaken van de IGJ naar NZa	49
3.4 Verbetering Toezicht en Opsporing Wet marktordening gezondheidszorg	50
3.5 Verbetering informatievoorziening zorgaanbieder bij samenloop Wlz en Zvw	51
3.6 Wijziging van de Handelsregisterwet 2007	51
4. Signaleringsbrief 2017	53
5. Sturing, monitoring en effectmeting	55
Sturing	56
Monitoring en effectmeting	57

Inleiding

Geld dat voor de zorg is bestemd, moet ook daadwerkelijk aan zorg worden besteed. Het veruit grootste deel van de zorgaanbieders handelt naar eer en geweten. Zij leveren goede zorg en indiceren en declareren die ook op de juiste wijze. Dat blijkt ook uit de controles die toezichhoudende en handhavende instanties uitvoeren. Ook geven zorgverzekeraars aan dat bijvoorbeeld in de medisch-specialistische zorg op rechtmatigheidsterrein grote vooruitgang is geboekt. Zorgverzekeraars en zorgkantoren hebben zelf ook de nodige inspanningen verricht waarmee een flinke impuls is gegeven aan rechtmatige zorg. Door de gezamenlijke inspanningen zijn op verschillende terreinen verbeteringen gerealiseerd.

Maar natuurlijk gaat het niet altijd goed en is er ruimte voor verbetering. Soms worden per ongeluk fouten gemaakt. Zorgverlening blijft mensenwerk en de regelgeving is ook niet altijd even duidelijk. Daar leren we van en zo kunnen we vervolgens verbeteringen aanbrengen en herhaling voorkomen. Tegelijk zijn er helaas ook personen die willens en wetens misbruik maken van zorggelden: fraude. Dat geld wordt dan dus niet aan zorg besteed; het dupeert patiënten, verzekerden en de belastingbetaler en dat is kwalijk. Bovendien straalt het gedrag van frauderende zorgaanbieders negatief af op de hele sector en zet het de solidariteit en betaalbaarheid van ons zorgstelsel onder druk. In de zorg is daarom geen plek voor fraudeurs.

Fouten en fraude zijn in één term samen te vatten als onrechtmatigheden. Ze kennen wel een heel andere achtergrond. Hoewel beiden niet zouden moeten voorkomen, is de mate van verwijtbaarheid ervan heel verschillend. Ons doel is in deze kabinetsperiode de onrechtmatigheden in de zorg fors te verminderen. Patiënten moeten erop kunnen vertrouwen dat zij de juiste en kwalitatief goede zorg ontvangen en dat de verleende zorg correct is gedeclareerd.

Het verminderen van fouten en fraude in de zorg kan alleen als alle partijen hier samen aan bijdragen en dat gebeurt ook. Medische professionals, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren, gemeenten, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), toezichhouders, opsporingsdiensten, inspecties en het Openbaar Ministerie (OM) werken goed samen in deze aanpak. Wij zetten deze kabinetsperiode met extra energie in op een aanpak van fouten en fraude. We starten daartoe nieuwe initiatieven en kiezen voor een aanpak met drie sporen:

1. Het voorkomen van fouten en fraude;
2. De focus op vijf specifieke zorgsectoren met per sector de inzet op preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking;
3. Wetgevingstrajecten die bijdragen aan het voorkomen en bestrijden van fouten en fraude.

Waar dat kan, beschrijven we de aanpak in detail. Op een enkel punt is dat minder of nog niet mogelijk, omdat de aanpak nog in ontwikkeling is, zoals bij de monitoring van de effecten van de aanpak. Ook vindt de beschrijving zijn grenzen in het openbaar maken van een specifieke aanpak, daar waar het een potentiële fraudeur wijzer zou maken dan die al is. Een aantal acties uit dit plan is al begonnen, andere starten snel. Als in de loop van de kabinetsperiode aanpassing nodig is, bijvoorbeeld als gevolg van veranderende risico's, dan stellen we de prioriteiten bij.

Hoofdstuk 1 beschrijft hoe de actiegerichte aanpak er uit ziet. In het kader van de maatwerkaanpak hebben wij specifieke plannen opgesteld voor de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, mondzorg, wijkverpleging en het persoonsgebonden budget. Die plannen komen in hoofdstuk 2 aan de orde. Het derde hoofdstuk geeft inzicht in de wetgevingstrajecten waarmee we het fundament van de aanpak van rechtmatige zorg juridisch gezien willen borgen en verstevigen. Hoofdstuk 4 gaat in op punten uit de Signaleringsbrief 2017¹ van TIZ-partners² die niet op andere plekken in dit programma aan de orde komen. Hoofdstuk 5 benoemt hoe we sturing geven aan het programma, de voortgang monitoren en hoe we bijhouden of de acties effect hebben.

¹ Kamerstukken II, 2017-2018, 28 828, nr. 106.

² De TIZ is een samenwerkingsverband (Taskforce Integriteit Zorgsector) van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Belastingdienst, de Inspectie SZW, de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), het Openbaar Ministerie (OM/FP), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Ministerie van VWS ten behoeve van de preventie en bestrijding van fouten en fraude in de zorg.

1.

Een actiegerichte aanpak

Wat is het probleem?

Er gaat veel geld om in de zorg. Geld dat wordt opgebracht door ons allemaal met als doel dat aan de zorg te besteden. Daarom willen we fouten en fraude zoveel mogelijk uitbannen uit het systeem. Het kabinet wil dat patiënten en cliënten er op kunnen vertrouwen dat zij de juiste en kwalitatief goede zorg ontvangen en dat zorgaanbieders de verleende zorg correct declareren.

Zoals gezegd zijn fouten en fraude samen te vatten onder de term onrechtmatigheden, maar hebben zij ieder wel een duidelijk andere achtergrond:

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.

Het liefst zou je een exact inzicht hebben in de omvang van fouten en fraude in de zorg. Dat blijkt echter nog niet zo eenvoudig. Zo is eerder door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) geprobeerd om op een betrouwbare wijze inzicht te krijgen in de totale omvang van onrechtmatigheden in de zorg. Het bleek dat daar geen goede inschatting van is te maken. Het grootste probleem is dat niet bekend is wat we niet weten. Wat we wel weten, is dat heel veel goed gaat en dat er de laatste jaren op onderdelen grote stappen zijn gezet om tot verbeteringen in het declaratieverkeer te komen. Bij controles van verzekeraars en toezichthouders zoals de NZa, blijkt gelukkig dat verreweg het grootste deel van de zorgdeclaraties correct is. Maar er gaan ook dingen mis. Omdat het onbevredigend is dat we nauwelijks inzicht hebben in de omvang van fouten en fraude, is één van de acties in dit programma erop gericht hier linksom of rechtsom een beter beeld van te krijgen.

De cijfers over onrechtmatigheden die wel bekend zijn, betreffen met name de ontdekte fouten en bewezen fraude. Vooral de cijfers die zorgverzekeraars jaarlijks in juli publiceren, geven kwantitatief inzicht.

Omvang terugvorderingen na controles en fraudeonderzoeken zorgverzekeraars

(* € 1 mln.)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Afgewezen bij controle vooraf ³	2.300	2.100	2.600	2.300	2.000	2.400	2.700
Controle achteraf ⁴	106	167	198	329	449	485	367
Fraude-onderzoek				27	53	20	24,8
Vastgestelde fraude ⁵	6,2	7,7	6	9,3	18,7	11,1	18,9

Bron: Zorgverzekeraars Nederland

De werkelijke omvang van onrechtmatigheden in de zorg is evenwel hoger dan deze cijfers van zorgverzekeraars aangeven. Met name fraude blijft deels onder de radar. Gelukkig krijgen we er wel meer zicht op. Een flink deel⁶ van de signalen over fraude en misbruik die er wel zijn, bijvoorbeeld meldingen van burgers of zorgaanbieders, komt terecht bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Het IKZ verrijkt deze fraudesignalen met andere beschikbare informatie en vervolgens worden deze verder opgepakt door de meest geëigende partij(en). Dat kan bijvoorbeeld de NZa, Inspectie SZW of het OM zijn. Het IKZ is relatief kort geleden gestart (november 2016) en het aantal signalen van vermeende fraude dat zij ontvangt stijgt. In 2016 heeft het IKZ 447 signalen ontvangen. Het IKZ heeft ons onlangs geïnformeerd dat zij in 2017 ruim 50% meer signalen heeft ontvangen, namelijk 675. Deze cijfers worden nader toegelicht in de signalenrapportage over 2017 van het IKZ die in juni 2018 verschijnt.

Het doel

Ons doel is om in deze kabinetsperiode de onrechtmatigheden in de zorg fors te verminderen. Daartoe richten we een programma in waarin alle relevante partijen een rol hebben. Partijen voeren vanuit die rol en verantwoordelijkheid gecoördineerde activiteiten uit die gericht zijn op het bereiken van de (sub)doelstellingen op de volgende vier thema's:

1. Preventie: de sector registreert en factureert correct. Potentiële fraudeurs worden zoveel mogelijk belemmerd toegang te krijgen tot de zorg;
2. Controle: onrechtmatigheden worden op tijd gesignaleerd en er wordt proactief op geacteerd;
3. Handhaving: tijdig signaleren en actief verzamelen van vermoedens van fouten en fraude leidt op basis van gedegen onderzoek tot passende maatregelen;
4. Ketenbrede samenwerking: er wordt actief regie gevoerd op de keten en beter samengewerkt door alle partijen in de keten, wat leidt tot een efficiëntere en effectievere aanpak van fouten en fraude.

3 Betreft onterechte declaraties afgewezen door controles vooraf (Zvw-uitgaven).

4 Betreft betaalde declaraties die achteraf onjuist bleken te zijn en zijn teruggevorderd (Zvw-uitgaven).

5 Betreft Zvw, AWBZ/Wlz en aanvullend pakket.

6 Niet alle signalen zoals de meldingen van verzekerden via de 'mijn-omgeving' aan hun zorgverzekeraar komen terecht bij het IKZ.

Een doelstelling van het programma is ook objectief in beeld te krijgen of we er in slagen fouten en fraude fors te verminderen.

Wat gaan we doen?

Wij zetten in op een integrale aanpak van fouten en fraude waarin elke partij in de keten zijn verantwoordelijkheid neemt en bijdraagt aan de gezamenlijke aanpak. Fouten en fraude kunnen alleen effectief worden aangepakt als de inzet van alle partijen in de keten nauw wordt afgestemd. Van fraudebestendige wet- en regelgeving, preventie en controle tot en met civielrechtelijke, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke handhaving. We starten nieuwe initiatieven en al ingezette, goede trajecten versterken we waar nodig en ronden we af. We kiezen voor een aanpak met drie sporen:

1. Het voorkomen van fouten en fraude;
2. De focus op vijf specifieke zorgsectoren: medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, mondzorg, wijkverpleging en persoonsgebonden budget. Deze sectoren zijn geselecteerd op grond van drie criteria (zie paragraaf Focus op specifieke zorgsectoren, pagina 12). Per sector zetten we in op preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking;
3. Wetgevingstrajecten die bijdragen aan het voorkomen en bestrijden van fouten en fraude. Het gaat hier onder meer om het mogelijk maken van een betere gegevensuitwisseling tussen handhavingorganisaties en het invoeren van een Waarschuwingsregister Zorg.

Dit programmaplan beschrijft de maatregelen die in ieder geval (extra) worden genomen en de acties die in gang worden gezet. Hier ligt de focus op. Dat betekent niet dat er verder niets gebeurt. Ook in de niet genoemde sectoren gaan natuurlijk de reguliere en grondige controles van zorgverzekeraars, het risicogestuurde toezicht van de toezichthouders en de opsporing door de opsporingsdiensten gewoon door. Indien zich nieuwe risico's op fouten en fraude voordoen, zal ook daarop actie ondernomen worden. Een gezamenlijke inzet van alle partijen in alle schakels van de keten is essentieel.

Wij realiseren ons dat het belangrijk is dat wij bij de uitvoering van dit programmaplan de balans bewaren met andere beleidsdoelen, zoals het stimuleren van innovatie in de zorg, het belang van privacy, het bewaken van de professionele autonomie en niet in de laatste plaats het terugdringen van de ervaren regeldruk. Soms is er sprake van een 'afruïl' tussen de beleidsdoelen, maar vaker kunnen zij hand in hand gaan. Zo kan de aanpak van fouten en fraude enerzijds tot meer regels leiden, maar het kan ook zo zijn dat het eenvoudiger maken van regels en het schrappen van overbodige voorschriften juist fouten kan voorkomen. In de verdere uitvoering houden we dit nauwlettend in de gaten. Wij informeren u over onze aanpak voor het verminderen van ervaren regeldruk in mei 2018.

Meer inzetten op het voorkomen van fouten en fraude

Het voorkomen van fouten en fraude is een prominent onderdeel van de actielijnen per sector. Bij de toetreding tot de zorg zullen scherpere eisen worden gesteld. De Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) heeft niet primair als doel fraude tegen te gaan, maar levert hier wel een bijdrage aan. Er wordt gewerkt aan een Waarschuwingsregister Zorg waardoor zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten gegevens over de bij hen bekende fraudeurs met elkaar kunnen uitwisselen. Ook op specifieke terreinen zoals het pgb wordt gewerkt aan maatregelen die onrechtmatigheden helpen voorkomen. Hoofdstuk 3 gaat nader in op deze wetgevingstrajecten.

Wij zullen onderzoeken of verdergaande maatregelen nodig zijn en zo ja welke, om te voorkomen dat frauderende aanbieders in de zorgsector (opnieuw) aan de slag kunnen gaan.

Verder wordt voorgenomen wet- en regelgeving aan een fraudetoets onderworpen en zal de fraudebestendigheid van bestaande regelgeving worden vergroot door in evaluaties hiervan ook aandacht te besteden aan het aspect rechtmatigheid. Mocht daar aanleiding voor zijn, dan worden om rechtmatigheidsrisico's te verkleinen aanpassingen aan voorgenomen of bestaande regelgeving gedaan.

We zetten ook in op meer bewustwording in de zorgsector. Zo benaderen wij bijvoorbeeld bestuurders en toezichthouders van zorginstellingen, zodat zij zich vanuit hun rol nog meer hiervoor inzetten. Daarbij is behulpzaam dat in 2017 de Brancheorganisaties Zorg de Governancecode Zorg hebben vastgesteld. Deze code gaat uit van zeven leidende principes waar zorginstellingen aan moeten voldoen. Eén van de principes is dat Raden van Bestuur en Raden van Toezicht waarden en normen moeten hanteren die passen bij de maatschappelijke rol van de instelling. Rechtmatigheid is daar een onderdeel van. Om zorginstellingen te helpen deze code te implementeren is er een innovatie- en adviescommissie in het leven geroepen. Deze doet onderzoek naar verschillende thema's in de code en geeft concrete suggesties. Het is goed voorstelbaar dat deze commissie onderzoek gaat doen naar compliance⁷ in de zorg en op grond daarvan adviezen doet.

Een belangrijke voorwaarde om fouten en fraude te voorkomen is een open aanspreekcultuur. Wanneer een bestuurder makkelijk aan te spreken is, is het ook makkelijker om fouten ter discussie te stellen. De accreditatie ontwikkeld door de Nederlandse Vereniging van Bestuurders in de Zorg (NVZD) draagt bij aan het ontwikkelen van kritisch vermogen van bestuurders en het aannemen van feedback. Inmiddels zijn er 210 bestuurders geaccrediteerd en zijn er nog 115 bestuurders in procedure. Bij het congres Goed Bestuur in juni 2018 wordt ook aandacht besteed aan accreditatie. Met het programma 'Goed Toezicht' werkt de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ) aan de verdere professionalisering van Raden van Toezicht. Reflectie en evaluatie vormen een belangrijk onderdeel van dit accreditatieprogramma. Van Raden van Toezicht wordt verwacht dat zij ieder jaar evalueren en ten minste eenmaal per drie jaar onder externe begeleiding. Daarbij zal ook aandacht zijn voor de voorwaarden van een open cultuur.

⁷ Compliance is het naleven van/voldoen aan de geldende wet- en regelgeving.

Focus op specifieke zorgsectoren

Wij hebben specifieke plannen opgesteld voor de medisch specialistische zorg (MSZ), de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de mondzorg (MZ), de wijkverpleging (WVP) en het persoonsgebonden budget (pgb). Ook in deze sectoren zijn de aanbieders voor het overgrote deel te goeder trouw, maar we zien hier toch wat hogere risico's tegen de achtergrond van de volgende drie criteria:

1. Partijen ervaren zelf knelpunten bij het correct administreren en declareren van geleverde zorg;
2. Hier zijn wezenlijke verbeteringen te behalen;
3. Er zijn veel signalen over deze sectoren (o.a. bij NZa en IKZ).

De plannen voor deze sectoren bevatten een nadere analyse van de problemen, een concrete beschrijving van de doelen, de te nemen maatregelen van verantwoordelijke partijen en de concreet meetbare resultaten. We werken met vier doorsnijdende thema's: preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking.

Rol voor de patiënt

We hebben met patiënten- en cliëntenorganisaties verkend welke rol zij en hun leden kunnen spelen in het aanpakken van fouten en fraude en hoe we dat vorm kunnen geven. Patiënten en cliënten hebben een belangrijke rol bij het signaleren en melden van vermoedens van fouten of fraude. Zij kunnen bijvoorbeeld al via de 'mijn-omgeving' op de website van hun zorgverzekering nagaan of zorgnota's kloppen en vermoedens van fouten of fraude melden. Zo ondersteunen zij zorgverzekeraars bij de controle van declaraties.

Handhaving

Tegelijk met het voorkomen zal ook volop aandacht worden besteed aan de schakels controle en handhaving in de keten. Daar waar misbruik wordt gemaakt van zorggelden, wordt dit stevig aangepakt. De inspanningen van TIZ-partners hebben ook een preventieve werking, doordat het potentiële fraudeurs afschrikt.

In een integrale aanpak kan het ene handhavingsinstrument niet los worden gezien van het andere. De kracht zit in de samenhang en de synergie: instrumenten zó inzetten dat ze elkaar aanvullen en versterken. Goede samenwerking tussen alle TIZ-partners is daarbij een essentiële voorwaarde voor succes. Handhavingsorganisaties hebben gezamenlijk sectorale risicoanalyses opgesteld met interventiemethodes die normnaleving bevorderen en ondersteunen. Civielrechtelijke, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke instrumenten worden daartoe in samenhang met elkaar, en met buitengerechtelijke en meer informele instrumenten als voorlichting en communicatie ingezet. Het instrumentarium van de handhavingsorganisaties wordt daarbij goed op elkaar afgestemd en gewogen, zodat er effectief kan worden geïntervenieerd. Deze interventies moeten optimaal bijdragen aan beleidsontwikkeling, zodat wet- en regelgeving en uitvoeringspraktijk fraudebestendiger worden. Dit is vastgelegd in het Handhavingskader Zorg van de TIZ-partijen.

De inzet van opsporing door de Inspectie SZW en vervolging door het OM moet dan ook in verbinding staan met controle en toezicht en samen met andere vormen van handhaving en nalevingsbevordering. Op die manier ondersteunt het strafrecht de andere schakels in de keten en vice versa, waardoor de handhaving als geheel effectiever wordt.

De samenwerking tussen de partijen in het Bestuurlijk Overleg Integriteit Zorgsector (BO TIZ) heeft een looptijd tot en met 12 maart 2019. Het convenant waarin deze samenwerking is vastgelegd, wordt dit najaar geëvalueerd. Het Convenant IKZ⁸, dat voor onbepaalde tijd is aangegaan, wordt tegelijk met de samenwerking in het BO TIZ geëvalueerd. De in de convenanten genoemde partijen zullen hierbij worden betrokken. De intentie is de samenwerking in het BO TIZ voort te zetten. Er komt wetgeving om een betere gegevensuitwisseling mogelijk te maken.

Via het project Handhaving en Naleving Wmo 2015 en Jeugdwet ontvangen gemeenten van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) ondersteuning bij kennisontwikkeling en kennisdeling over een rechtmatige Wmo 2015 en Jeugdwet. In dit plan ligt de focus op het aanbieden van maatwerk advies en producten.

In de gezamenlijke aanpak van fouten en fraude in de zorg is het belangrijk om dezelfde taal te spreken. Ook in de (informatie)systemen. Standaardiseren van administraties en registraties is belangrijk. Het lukt partijen steeds beter om inzicht te geven in bijvoorbeeld het aantal meldingen, signalen en knelpunten. Wel valt op dat dit nog veel handmatig werk vergt. We willen onder andere samen met de TIZ-partijen komen tot meer eenduidige registraties, zodat in de toekomst makkelijker en vollediger inzicht verkregen kan worden in signalen en meldingen, maar ook het effect van de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Daarnaast kijken we of de uitwisseling van kennis breder kan worden verbeterd door gebruik te maken van digitale platformen om bijvoorbeeld onderzoeken en goede voorbeelden uit te wisselen.

Monitoring en effectmeting

In de actielijnen per sector wordt aandacht besteed aan hoe en aan de hand van welke indicatoren wij in staat zijn om de resultaten van onze inspanningen te monitoren.

Het is in het verleden gebleken dat het heel lastig is om de precieze aard en omvang van fouten en fraude in kaart te brengen. We hebben deze aanpak gebaseerd op cijfers die er wél zijn, zoals de signalen en meldingen die zijn binnengekomen bij de NZa en het IKZ en de cijfers van zorgverzekeraars. Maar vervolgonderzoek en/of nadere risicoanalyses door onder andere de toezichthouders, opsporings- en handhavingspartijen kunnen zeker nodig zijn om de te nemen beheersmaatregelen verder te optimaliseren.

In de aanpak van fouten en fraude in de zorg realiseren we stap voor stap verbeteringen. Het is complex en daardoor een zaak van lange adem. Commitment van betrokken partijen, waaronder ook de aanbieders en hun brancheorganisaties, vinden wij heel belangrijk. Zoals al aangegeven is een gezamenlijke inzet van alle partijen essentieel voor het verminderen van fouten en fraude in de zorg.

In hoofdstuk 5 geven we aan hoe we sturen op het bereiken van de resultaten, het monitoren van de voortgang en het meten van het effect dat we willen bereiken.

⁸ Staatscourant 2016, 59 229.

2.

Actielijnen per sector

We zetten deze kabinetsperiode in op een (meer) risicogerichte aanpak van fouten en fraude in de zorg. Hiertoe hebben we vijf plannen specifiek opgesteld voor:

1. de medisch-specialistische zorg;
2. de geestelijke gezondheidszorg;
3. de mondzorg;
4. de wijkverpleging;
5. het persoonsgebonden budget.



2.1 Medisch-specialistische zorg

Wat is de aanleiding?

De MSZ is de grootste sector in de curatieve zorg. Vrijwel iedereen heeft er zelf wel eens mee te maken. De MSZ kent veel patiënten, veel behandelingen en veel zorgaanbieders. Er gaat dan ook veel geld in om. De MSZ wordt grotendeels betaald uit de Zorgverzekeringswet (Zvw)-premies. Premiegeld moet uiteraard rechtmatig worden besteed. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zetten zich daar ook hard voor in. Er zijn in de afgelopen jaren al veel inspanningen gedaan om de rechtmatigheid te verbeteren en daarmee zijn ook grote stappen gezet. Zo hebben partijen onder andere ingezet op het zelfonderzoek en wordt hard gewerkt aan de invoering van Horizontaal Toezicht (HT). Verreweg de meeste declaraties gaan dan ook goed.

Daar waar fouten worden gemaakt, is het belangrijk te weten wat de precieze oorzaak daarvan is. Is de regelgeving niet duidelijk waardoor er interpretatieverschillen ontstaan? Of is er sprake van onbekendheid bij zorgaanbieders of verzekeraars? Is er wat anders aan de hand? Elke verbetering die gerealiseerd kan worden, helpt en kan - zeker in een dergelijke omvangrijke sector - een fors effect hebben.

En zoals ook bij andere economische sectoren geldt: waar veel geld te vinden is, is de kans op fraude groter. We vinden het goed en belangrijk dat alle brancheorganisaties daar hetzelfde over denken: fraude met zorggelden is ontoelaatbaar. In de uitzonderlijke gevallen dat er daadwerkelijk misbruik van het vertrouwen wordt gemaakt, wordt door TIZ-partijen dan ook hard opgetreden. Geld dat bedoeld is voor de zorg voor patiënten, moet ook daaraan worden besteed.

VWS doet een beroep op partijen in de MSZ om samen met VWS en TIZ-partijen zich in te blijven zetten en waar mogelijk nog méér te gaan doen om de rechtmatigheid in de sector te vergroten. Daarbij leggen we het zwaartepunt op het voorkomen van fouten door het correct registreren en declareren te bevorderen. We gaan er vanuit dat we vertrouwen kunnen stellen in zorgaanbieders.

Administratieve processen

“Eén van de geïnterviewde ziekenhuizen besteedt veel aandacht aan performance management. Maandelijks krijgt de hele organisatie terugkoppeling via een dashboard op vijf domeinen: kwaliteit en veiligheid, financiën, klant en markt (productieoverzicht), proces en personeel. Validatie-uitval als gevolg van onjuist registreren is onderdeel van het domein proces. Voor de hele organisatie is dan duidelijk waar het wel en waar het niet goed gaat. Per kwartaal leggen de medisch managers samen met de managers bedrijfsvoering op deze vijf domeinen verantwoording af aan de raad van bestuur. De kwaliteit van registratie komt ook aan bod.”

Voorbeeld uit: Compliant registreren en declareren, Berenschot, februari 2016.

Wie merkt hier de gevolgen van?

Verreweg de meeste declaraties zijn correct. Echter, zowel de patiënt, de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar ondervinden gevolgen indien er niet (in één keer) correct wordt gedeclareerd. Indien de fout ontdekt wordt, brengt niet-correct declareren voor zowel de zorgprofessional als de zorgverzekeraar extra administratieve lasten met zich mee. De zorgverzekeraar wordt belast met extra controles en de zorgprofessional moet de declaratie herstellen. Voor de zorgaanbieder betekent dit een toename van de werklast en regeldruk, omdat er extra tijd gaat zitten in het herstellen van foutieve declaraties. Daarbij geldt dat hoe meer tijd en andere middelen besteed moeten worden aan administratieve correcties, hoe minder middelen beschikbaar zijn voor zorg voor de patiënt.

Voor patiënten en zorgverzekeraars zit er tevens een financieel risico aan foutieve declaraties: zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld bij te hoge declaraties het geld teruggevorderd zien te krijgen en patiënten lopen het risico - indien de behandeling bijvoorbeeld niet wordt vergoed of vanwege het eigen risico - op een te hoge rekening.

Wat is het doel van deze actielijn?

Het doel van deze actielijn is om met name het correct registreren en declareren in de MSZ nog verder te bevorderen. Dit leidt tot minder afgekeurde declaraties en draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg.

Wat zijn de maatregelen/acties?

De acties en initiatieven zijn onderverdeeld naar de vier thema's: preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking. Bij de verschillende acties en initiatieven staan trekkers benoemd die het voortouw nemen en daarbij nauw samenwerken met andere betrokken partijen.

PREVENTIE:

1. Nader onderzoeken en beheersen van belangrijkste risico's in de MSZ (trekkers: NZa in nauwe samenwerking met brancheorganisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars)

Op basis van verschillende signalen en bronnen komen vier risico's het meest naar voren. De NZa gaat samen met de betrokken (branche)organisaties van zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van een gerichte analyse scherper krijgen of op deze vier onderwerpen inderdaad sprake is van verhoogd risico op fouten of fraude. Zo ja, waar zit het probleem, welke concrete verbeteringen zijn mogelijk en waar nodig kunnen de juiste interventies worden gepleegd? Op deze manier worden de (branche)partijen nog meer dan voorheen meegenomen in de analyse van de NZa.

Het gaat om de volgende vier onderwerpen:

- a. Het registreren en declareren van parallelle zorgtrajecten. Bij parallelle zorgtrajecten worden relatief veel declaraties afgekeurd of achteraf teruggevorderd. Hier kunnen verschillende oorzaken voor zijn. De brancheorganisaties van aanbieders en zorgverzekeraars werken aan een voorstel voor de NZa om de regelgeving voor parallelle zorgtrajecten te verbeteren. De planning is erop gericht dit voorstel eind april 2018 gereed te hebben. Eén van de mogelijke oplossingen is om de regelgeving te vereenvoudigen, zodat deze beter nageleefd kan worden. Op dit punt wordt ook samengewerkt met het actieplan Vermindering regeldruk;
- b. Verschillen tussen geleverde en gedeclareerde zorg. Het kan zijn dat er meer, andere of duurder zorg wordt gedeclareerd dan is geleverd. Dit hoeft niet opzettelijk of bewust te zijn gebeurd, maar het is belangrijk daar alert op te zijn. Redenen voor foutieve declaraties kunnen variëren van onbekendheid met de regels, onduidelijkheid van regels, de wijze van aansturing van de administratieve processen binnen een organisatie en onvrede over de mogelijkheden om de verleende zorg te registreren en declareren;
- c. Variatie in bedrijfsvoering bij zorgaanbieders, waaronder zelfstandige behandelcentra (ZBC's)⁹. Binnen de MSZ bestaan verschillen in bedrijfsvoering en de mate waarin een organisatie 'in control' is. Factoren die een rol kunnen spelen zijn onder andere onbekendheid met de regelgeving, minder ver ontwikkelde administratieve processen en verbetermogelijkheden op het gebied van governance en compliance. Inzet is om waar nodig deze – soms relatief jonge en kleine – organisaties te stimuleren hun bedrijfsvoering verder te verbeteren en compliant te zijn. Het uitwisselen van goede voorbeelden en het leren van elkaar kunnen hieraan bijdragen;
- d. Losse verrichtingen als DBC declareren. Het komt voor dat activiteiten die als overig zorgproduct geregistreerd en in rekening gebracht moeten worden, door middel van het onterecht toevoegen van andere activiteiten, ten onrechte in rekening worden gebracht als (duurdere) DBC. Ook hier kan het gaan om onbedoelde fouten, maar er kan van het systeem ook een zodanige prikkel uitgaan dat het te gemakkelijk wordt gemaakt om onrechtmatig te declareren.

Het is dus zaak dat alle partijen alert blijven en openstaan voor nieuwe inzichten om het vertrouwen in de sector te houden en verder te laten groeien. De NZa zal daarom naast de eerdergenoemde gerichte analyse, met input van organisaties van zorgaanbieders en verzekeraars een nadere sectorbrede risicoanalyse doen waarin onder meer gekeken wordt naar de risico's op het gebied van rechtmatigheid, ook kijkend naar specifieke zorgsoorten of deelsectoren. Samen met genoemde organisaties en de handhavingspartijen zal gekeken worden welke actie, interventie of beheersmaatregel het beste past bij de mogelijk geconstateerde risico's.

⁹ In 2016 waren er 229 ZBC's op een totaal van 384 zorgaanbieders in de MSZ. Bron: Marktscan Medisch-specialistische Zorg 2016, NZa.

Dit kan leiden tot nieuwe accenten bij of aanvulling op de vier bovenstaande aandachtsgebieden/risico's. Deze risicoanalyse van de NZa is uiterlijk eind 2018 gereed.

- 2. Stimuleren van gepast gebruik in de MSZ (NVZ, NFU, ZN; toetsingskader 2020 gereed)**

Het regeerakkoord onderstreept het belang van gepast gebruik en het voorkomen van onnodige zorg. Het bevorderen van gepast gebruik levert ook een bijdrage aan de rechtmatigheid van zorg. Hierdoor zullen namelijk minder declaraties worden afgekeurd of achteraf moeten worden teruggevorderd. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben het initiatief genomen voor invoering van horizontaal toezicht (HT) bij ziekenhuizen, universitair medische centra (UMC's) en zorgverzekeraars. Gepast gebruik wordt hier stapsgewijs in meegenomen. Partijen streven er naar om per 2020 een toetsingskader gepast gebruik gereed te hebben als onderdeel van HT. 2018 en 2019 zijn ingroeijaren waarin ook een verdere uitwerking zal plaatsvinden. In dit traject wordt onder andere samengewerkt met de Federatie Medisch Specialisten (FMS).
- 3. Onderzoeken verbeteren correct registreren en declareren innovatieve zorg en eHealth (trekker: NFU i.s.m. NZa; eind 2018)**

Het kabinet onderschrijft het belang van innovatie en eHealth. Het correct registreren en declareren van innovatieve zorg en eHealth is belangrijk, maar complex. Om de mogelijkheden in de verschillende situaties meer inzichtelijk te maken, hebben partijen onlangs een wegwijzer gepubliceerd.¹⁰ Wanneer het voor een zorgprofessional moeilijk is om de juiste manier van registreren te vinden, bestaat het risico dat niet correct wordt geregistreerd en gedeclareerd, doordat bijvoorbeeld een naastgelegen zorgactiviteit wordt geregistreerd. Onderzocht wordt hoe het correct registreren en declareren van deze zorg kan worden verbeterd.
- 4. Uitwisselen van goede voorbeelden (trekker: NVZ, NFU, ZKN en ZN; 2018)**

Zorgaanbieders en verzekeraars kunnen leren van elkaar. Daardoor kunnen fouten worden voorkomen. In september 2017 heeft een bijeenkomst plaatsgevonden over goede voorbeelden van compliance in (universitaire) ziekenhuizen. Op 19 april 2018 vindt het derde congres Rechtmatige Zorg plaats waar ziekenhuizen en verzekeraars ook samen workshops hierover verzorgen. In 2018 organiseren partijen een volgende bijeenkomst over bijvoorbeeld goede voorbeelden bij de implementatie van nieuwe regelgeving, of over de ervaringen van zorgverzekeraars of over het gebruik van digitale platformen.

CONTROLE:

- 5. Invoeren van Horizontaal Toezicht (onder regie van NVZ, NFU en ZN; 2020 80% gereed)**

HT is een eigen initiatief van NVZ, NFU en ZN en omvat zowel correct declareren als gepast gebruik. Horizontaal Toezicht Zorg is de samenwerking tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders die steunt op vertrouwen, wederzijds begrip en transparantie in handelen. In plaats van gegevensgerichte controle achteraf werken partijen samen om de rechtmatigheid van declaraties in de processen aan de voorkant te borgen. Dit is niet alleen een efficiëntere manier om correct registreren en declareren te borgen, maar het is ook effectiever. HT sluit namelijk aan op het profiel en de systemen van de instelling. De ambitie van deze partijen is dat per 2020 80% van de ziekenhuizen en UMC's is ingericht op HT voor het correct registreren en declareren. Hiervoor is ook een landelijk platform Horizontaal Toezicht ingericht. Naast genoemde partijen neemt ook de NZa hieraan deel. Op termijn vergroot HT de rechtmatigheid en verlaagt het de administratieve lasten.

¹⁰ Zie ook <http://www.zorgvoorinnoveren.nl>.

Om de overgang naar HT te versnellen hebben de initiatiefpartijen dit voorjaar een stimuleringsregeling opgezet. Deze stimuleringsregeling biedt ziekenhuizen en UMC's een aanzienlijke verlichting van de administratieve lasten op de verantwoording van de Handreiking 2018 onder voorwaarde dat versneld goede stappen gezet worden naar HT. Partijen geven aan dat behoorlijk wat ziekenhuizen hier gebruik van maken.

VWS heeft hier geen actieve rol in, maar ondersteunt het van harte. Juist omdat het een initiatief vanuit de sector zelf is. Het is goed om te zien dat er gezamenlijk tussen aanbieders en verzekeraars in goed vertrouwen gewerkt wordt aan verbeteringen. De MSZ is daarmee een voorbeeld voor andere sectoren in de zorg.

6. Onderzoeken van maximum controletermijn materiële controles (trekker: ZN, eind 2018 gereed)

Momenteel kunnen er materiële controles plaatsvinden tot 5 jaar na dato. Hierdoor kan het voorkomen (en komt het ook voor) dat medewerkers van zowel zorgverzekeraars als van instellingen zich (en elkaar) bezig houden met controles over een periode die al enige tijd geleden is.

Veel administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen worden voorkomen door de controletermijn minder belastend te maken. Een wenselijke oplossing is om de huidige maximale controletermijn van 5 jaar te verkorten. Echter gezien de wettelijke verplichting van zorgverzekeraars zal bekeken moeten worden onder welke voorwaarden dit mogelijk is. ZN is bereid om met zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit punt voor alle sectoren nader te onderzoeken. Dit is met name relevant voor die delen van de MSZ of die aanbieders binnen de MSZ die (nog) niet overgaan op HT, zoals ZBC's.

HANDHAVING:

7. Verzamelen, onderzoeken en handhaven (TIZ-partijen, doorlopend)

De afgelopen jaren is ook in de media aandacht geweest voor casussen waarbij (mogelijk) sprake is van onrechtmatigheden. Bij het IKZ worden signalen verzameld over mogelijke onrechtmatigheden in de zorg. Signalen van burgers komen binnen via het meldpunt van NZa en via verzekeraars. Daar waar sprake is van daadwerkelijke fraude, zal deze stevig worden aangepakt. De inzet van de TIZ-partijen wordt daarbij nauw afgestemd. Iedere TIZ-partij draagt vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid bij aan een gezamenlijke aanpak. Het is overigens niet alleen de verantwoordelijkheid van de TIZ om signalen op te pakken, maar ook die van aanbieders.

KETENBREDE SAMENWERKING:

8. Leren van signalen die binnenkomen bij TIZ-partijen (trekker NZa; jaarlijks)

Het leren van signalen die binnenkomen bij de TIZ-partijen, kan bijdragen aan het verminderen van fouten bij het registreren en declareren in de toekomst. Wat is er gebeurd, wat was de oorzaak en hoe kunnen betrokkenen gezamenlijk herhaling in de toekomst voorkomen? Tegelijkertijd kan de kennis van (branche)organisaties over de praktijk van de zorg door de TIZ-partijen worden gebruikt bij het duiden en interpreteren van toekomstige signalen en de (efficiency van) werkprocessen verbeteren. De NZa maakt in de rol van toezichthouder, in afstemming met de (andere) TIZ-partijen, een selectie van relevante signalen¹¹ en nodigt (branche)organisaties uit om een gezamenlijke analyse te maken.

¹¹ Geanonimiseerde signalen waarover geen lopend/voorgenomen onderzoek of vervolging door TIZ-partijen (meer) plaatsvindt.

De (branche)organisaties en TIZ-partijen gaan op deze manier meer gezamenlijk optrekken om het correct registreren en declareren verder te verbeteren.

Welke partijen zijn betrokken?

NVZ, NFU, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), FMS, ZN, NZa, Zorginstituut Nederland (ZIN) en VWS. Waar relevant betrekken we ook brancheorganisaties die werkzaam zijn in andere delen van de MSZ. Tevens werken we samen met andere TIZ partijen. Ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid.

Wat zijn de beoogde resultaten en hoe meten we die?

Naast beoogde resultaten zijn soms indicatoren opgenomen. Stijging of daling van indicatoren kan verschillende oorzaken hebben.

- Interventies en beheersmaatregelen voor vier aandachtsgebieden/risico's MSZ (actie 1);
- (Overige) acties/interventies sectorbrede risicoanalyse (actie 1);
- Toetsingskader gepast gebruik gereed per 2020 met als einddoel dit onderdeel te maken van HT (initiatief NVZ, NFU en ZN, actie 2);
- Verbetervoorstellen registreren en declareren innovatieve zorg en eHealth (actie 3);
- (Meer) uitwisseling van goede voorbeelden (actie 4);
- Horizontaal Toezicht: in 2020 is 80% van de ziekenhuizen en UMC's over gegaan naar HT (initiatief NVZ, NFU en ZN, actie 5);
- Duidelijkheid over eventueel verkorten maximum controletermijn materiële controles (actie 6);
- Het aantal signalen en meldingen over rechtmatigheid bij TIZ-partijen (actie 7);
- Het aantal zaken dat voor de rechter is gebracht (actie 7);
- Aantal afgewezen declaraties en middelen die zijn teruggevorderd door zorgverzekeraars (actie 7);
- Leerpunten op basis van signalen TIZ-partijen (actie 8).

Achtergrondinformatie

Voor een verdere duiding en toelichting van de aangehaalde cijfers verwijzen we kortheidshalve naar de genoemde brondocumenten.

- Over de MSZ zijn bij het IKZ in 2016 68 signalen ontvangen.¹² Dit is gelet op de omvang van de sector een beperkt aantal. De MSZ staat met deze 68 signalen wel in de top drie van sectoren waarover in absolute zin de meeste signalen zijn binnen gekomen (na MZ en GGZ).
- In 2016 is er voor de MSZ voor € 22,6 miljard gedeclareerd voor de basisverzekering in de Zvw.¹³ In 2016 bedroeg de bewezen fraude € 611.547 (in 2015 € 325.545 en in 2014 € 881.538).
- Uit de berichtgeving van ZN over controle en fraudebeheersing blijkt verder dat verzekeraars in 2016 bij de formele controles in totaal voor € 2,7 miljard hebben afgewezen. Bij 31% van deze afwijzingen ging het om de MSZ. Dat is relatief weinig, het aandeel van de MSZ in deze zorgkosten is 51%.
- Ook blijkt dat verzekeraars in 2016 voor € 367 miljoen hebben teruggevorderd, waarvan 58% voor de MSZ. Dat is relatief veel gezien het aandeel in de zorgkosten van 51%. ZN geeft in de rapportage aan dat een verklaring hiervoor is dat een aantal zorgverzekeraars het in 2016 uitgevoerde zelfonderzoek 2014 in 2016 hebben teruggevorderd.
- Terugvorderingen kunnen het gevolg zijn van fouten, soms gaat het om fraude. ZN geeft aan dat daar waar er in de MSZ sprake is van vastgestelde fraude, dit in 97% van de gevallen gepleegd is door verzekeren. Het gaat daarbij om frauduleuze nota's voor medisch-specialistische zorg in het buitenland (werelddekking in de zorgverzekeringwet). In 2016 is slechts in 2 van de 87 onderzoeken vastgesteld dat de fraude gepleegd is door een zorgaanbieder.

¹² Rapportage signalen zorgfraude 2016, Kamerstukken II, 2017-2018, 28 828, nr. 103, bijlage.

¹³ Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2016, ZN, 2017.

- ZN geeft aan dat in 2016 156 onderzoeken zijn afgesloten met het onderzoeksresultaat 'administratieve fout zorgaanbieder'. In deze onderzoeken is vastgesteld dat er een fout is gemaakt met de declaratie en dat daarbij geen sprake was van opzet of bewust handelen. In 2016 ging het om een bedrag van € 1,2 miljoen, waarvan 35% in de MSZ.
- Vanaf 2013 zijn er 12 bestuursrechtelijke onderzoeken geweest (NZa).
- De Inspectie SZW heeft in 2014 twee strafrechtelijke onderzoeken gedaan naar fraude in de MSZ.
- De NZa werkt samen met het zorgveld aan onder andere de doorontwikkeling van de bekostiging van de MSZ en aan een nieuwe bekostiging voor de revalidatiezorg. In deze actielijn wordt uitgegaan van het huidige bekostigingssysteem.



2.2 Geestelijke gezondheidszorg

Wat is de aanleiding?

De curatieve GGZ wordt grotendeels betaald uit de Zvw-premies. Het is een maatschappelijke verantwoordelijkheid van de sector om ervoor te zorgen dat het premiegeld rechtmatig wordt besteed. Cijfers van TIZ-partijen tonen aan dat dit nog niet altijd het geval is. Er is verbetering mogelijk bij het correct registreren en declareren in de curatieve GGZ. Hierdoor hoeft er minder te worden gecorrigeerd en teruggevorderd en nemen tevens de administratieve lasten af. Partijen in de GGZ hebben in de afgelopen jaren al een aantal acties ingezet om de rechtmatigheid te vergroten. VWS doet een beroep op alle partijen in de sector om samen met VWS en TIZ-partijen méér te gaan doen om correct registreren en declareren in de curatieve GGZ te bevorderen. In de actielijn GGZ ligt het zwaartepunt op het voorkomen van fouten door het correct registreren en declareren te bevorderen. Uitgangspunt is het adagium 'high trust, high penalty'. We gaan ervan uit dat we vertrouwen kunnen stellen in zorgaanbieders. Het gaat dan ook in de grote meerderheid van de gevallen goed. We kijken nadrukkelijk waar verbetermogelijkheden zijn. In de uitzonderlijke gevallen dat er daadwerkelijk misbruik van het vertrouwen wordt gemaakt, wordt door TIZ-partijen hard opgetreden. Geld dat bedoeld is voor de zorg voor patiënten, moet ook daaraan worden besteed.

Onverzekerde zorg

Een vrijgevestigde heeft een intakegesprek met een man. Hieruit komt naar voren dat er bij de man vermoedelijk geen sprake is van een stoornis, maar dat de cliënt op zoek is naar een psycholoog om samen met zijn vrouw te praten over de relatie. De vrijgevestigde besluit om op naam van de man een DBC 'depressie' te openen, zodat naast de intake ook de daaropvolgende gesprekken met het echtpaar door de zorgverzekeraar zullen worden vergoed.

Het behandelen van relatietherapie, maar bijvoorbeeld ook rouwverwerking en werkgerelateerde problematiek betreft zorg die niet onder het basispakket valt. Het is niet toegestaan om een diagnose te stellen of aan te passen om onverzekerde zorg toch vanuit de Zvw vergoed te kunnen krijgen.

Voorbeeld gebaseerd op waarnemingen vanuit het toezicht door de NZa.

Wie merkt hier de gevolgen van?

Verreweg de meeste declaraties zijn correct. Echter, indien er niet in één keer correct wordt gedeclareerd ondervinden zowel de patiënt, de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar daarvan gevolgen. Indien de fout ontdekt wordt, brengt incorrect declareren voor zowel de zorgprofessional als de zorgverzekeraar extra administratieve lasten met zich mee. De zorgverzekeraar wordt belast met extra controles en de zorgprofessional moet de declaratie herstellen. Voor de zorgaanbieder betekent dit een toename van de werkdruk, omdat er extra tijd gaat zitten in het herstellen van foutieve declaraties. Daarbij geldt dat hoe meer tijd en andere middelen besteed moeten worden aan administratieve correcties, hoe minder middelen beschikbaar zijn voor zorg voor de patiënt. In het geval van ongecontracteerde zorg brengen correcties ook extra administratieve lasten voor de patiënt met zich mee.

Voor patiënten en zorgverzekeraars zit er tevens een financieel risico aan foutieve declaraties: zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld bij te hoge declaraties het geld teruggevorderd zien te krijgen en patiënten lopen het risico – indien de behandeling bijvoorbeeld niet wordt vergoed of vanwege het eigen risico – op een te hoge rekening.

Wat is het doel van deze actielijn?

Het doel van deze actielijn is het bevorderen van correct registreren en declareren in de curatieve GGZ. Dit leidt tot minder afgekeurde declaraties en draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg.

Wat zijn de maatregelen/acties?

Onderstaande acties en initiatieven zijn verdeeld over de vier thema's: preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking. Bij de verschillende acties en initiatieven staan trekkers benoemd die het voortouw nemen en daarbij nauw samenwerken met andere betrokken partijen.

PREVENTIE:

1. Nieuwe gezamenlijke agenda correct registreren en declareren (procesmatig: VWS; inhoudelijk: GGZ NL en ZN; eind 2018 agenda gereed)

Partijen brengen in kaart waar de ervaren knelpunten liggen, hoe onbedoelde fouten kunnen worden voorkomen en maken zo nodig vervolgens afspraken om het correct registreren en declareren in de praktijk te verbeteren. Dit geeft concrete handvatten voor een nieuwe gezamenlijke agenda voor deze kabinetsperiode.

Dit doen partijen door als eerste stap door middel van onafhankelijk onderzoek de belangrijkste ervaren knelpunten bij zorgaanbieders te inventariseren en daarbij tegelijkertijd in kaart te brengen wat de voornaamste knelpunten zijn die zorgverzekeraars constateren tijdens de formele en materiële controle.¹⁴

¹⁴ Deze inventarisatie is een volgende stap op het onderzoek dat in 2016 onder leiding van Nederlands Instituut van Psychologen (NIP) door Arteria is gedaan naar optimalisatie van het registratie- en declaratieproces bij vrijgevestigden waarbij onder andere is gekeken naar de technische controle.

Als tweede stap selecteren partijen op basis van de uitkomsten van het onderzoek zo nodig de (belangrijkste) verbeteracties, zodat de fouten in de toekomst minder vaak voorkomen. Het kan gaan om verbeteringen aan de kant van de zorgaanbieder, van de zorgverzekeraar of van de overheid.¹⁵ Soms kan vereenvoudiging een oplossing bieden, wat tevens bijdraagt aan vermindering van de ervaren regeldruk. Het gaat om aanvullende acties, niet om het overnemen van al lopende initiatieven zoals het zelfonderzoek of HT.

De verbeteringen worden door de NZa waar mogelijk meegenomen in de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur (2020) en bij het onderhoud van de DBC's (2019 en verder).

2. **Onderzoek verbeteren gegevensuitvraag bij derden (trekker: NFU; eind 2018 gereed)**
Voor correct declareren zijn correcte gegevens nodig. Soms zijn hiervoor gegevens van andere partijen vereist. Onderzocht wordt of en hoe deze gegevensuitwisseling verder kan worden vergemakkelijkt om de rechtmatigheid te vergroten en de regeldruk te verminderen. De NFU zal bij deze actie een beroep doen op andere partijen.
3. **Vervolg verbeteren ICT vrijgevestigden (trekker: LVVP; eind 2018 gereed)**
Op basis van eerdere afspraken om de regeldruk te verminderen en de rechtmatigheid te vergroten wordt gewerkt aan het verbeteren van de ICT in de GGZ. Onlangs is er een Programma van Eisen (PvE) opgeleverd voor de softwarepakketten van vrijgevestigden. Dit PvE moet de zorgaanbieders helpen bij de keuze voor een passend softwarepakket. In het traject naar dit PvE zijn de laatste punten van eerdere afspraken meegenomen. Deze zijn deels verwerkt in het PvE, maar het zijn ook deels acties die naast het PvE lopen. Het betreft de inventarisatie van de meest voorkomende foutmeldingen bij declaraties bij VECOZO en bij aanlevering van DIS-gegevens. Deze inventarisatie zal in 2018 drie keer gedaan worden en ook drie keer teruggekoppeld worden aan de softwareleveranciers. Het doel hiervan is dat partijen zicht krijgen op, en dus kunnen werken aan, een oplossing om deze meest voorkomende foutmeldingen te voorkomen.

CONTROLE:

4. **Horizontaal toezicht GGZ Nederland en ZN (door GGZ NL en ZN)**
HT is en blijft een initiatief van ZN en GGZ Nederland. Beide partijen streven er naar om in 2018 gezamenlijk een visie en een plan van aanpak op te stellen. Doel is dat de beheersing van het proces waarin declaraties tot stand komen bij de instelling wordt versterkt en dat de zorgaanbieder en zorgverzekeraars zich richten op de (belangrijkste) potentiële risico's voor correct registreren en declareren in de toekomst. Op termijn kan dit leiden tot minder onrechtmatigheid, een beperking van toezichtkosten en administratieve lasten, en meer aandacht van zorgaanbieders voor verbetering van hun bedrijfsvoering. Voor het omvangrijke traject, waarin instellingen, zorgverzekeraars en de NZa samen met elkaar optrekken, wordt gebruik gemaakt van de ervaringen uit de MSZ en de ervaringen van GGZ-instellingen (zoals de Dimence groep) die met een zorgverzekeraar een pilot HT zijn gestart. Waar nodig kunnen partijen een beroep doen op VWS, NZa en ZIN om dit initiatief te ondersteunen.

¹⁵ Oplossingsrichtingen kunnen bijvoorbeeld zijn het juist registreren aan de bron, het verbeteren van processen in het registratie- en declaratieproces of het verduidelijken van regelgeving.

5. **Onderzoeken van maximum controletermijn materiële controles**

(trekker: ZN, eind 2018 gereed)

Momenteel kunnen er materiële controles plaatsvinden tot 5 jaar na dato. Hierdoor kan het voorkomen (en komt het ook voor) dat medewerkers van zowel zorgverzekeraars als van instellingen zich (en elkaar) bezig houden met controles over een periode die al enige tijd geleden is. Veel administratieve lasten voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen voorkomen worden door de termijn minder belastend te maken. Een wenselijke oplossing is om de huidige maximale controletermijn van 5 jaar te verkorten. Echter, gezien de wettelijke verplichting van zorgverzekeraars zal bekeken moeten worden onder welke voorwaarden dit mogelijk is. ZN is bereid om met zorgverzekeraars en aanbieders dit punt voor alle sectoren nader te onderzoeken.

HANDHAVING:

6. **Verzamelen, onderzoeken en handhaven (TIZ-partijen, doorlopend)**

Signalen en meldingen van vermoedens van onrechtmatigheid worden via de TIZ-partijen verzameld bij het IKZ. Daar waar sprake is van daadwerkelijke fraude, zal deze stevig worden aangepakt door toezichtacties van de NZa en strafrechtelijke onderzoeken van de opsporingsdiensten. De inzet van de TIZ-partijen wordt nauw afgestemd. Iedere partij draagt vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheid bij aan de gezamenlijke aanpak van de TIZ-partijen. Overigens zal de NZa over de curatieve GGZ een nadere sectorbrede risicoanalyse doen waarin onder meer gekeken wordt naar de risico's op het gebied van rechtmatigheid, ook kijkend naar specifieke zorgsoorten of deelsectoren. Deze risicoanalyse is uiterlijk eind 2018 gereed.

KETENBREDE SAMENWERKING:

7. **Leren van signalen die binnenkomen bij TIZ-partijen (trekker NZa; jaarlijks)**

Bij het IKZ worden signalen verzameld over mogelijke onrechtmatigheden in de zorg. Het gaat om signalen van de meeste TIZ-partijen. Signalen van burgers komen binnen via het meldpunt van NZa en via verzekeraars. Het leren van signalen kan bijdragen aan het verminderen van fouten bij het registreren en declareren in de toekomst. Tegelijkertijd kan de kennis van (branche)organisaties over de praktijk van de zorg door de TIZ-partijen worden gebruikt bij het duiden en interpreteren van toekomstige signalen. De NZa maakt in de rol van toezichthouder, in afstemming met de (andere) TIZ-partijen, een selectie van relevante signalen¹⁶ en nodigt (branche)organisaties uit om een gezamenlijke analyse te maken.

Welke partijen zijn betrokken?

VWS werkt bij dit actieplan samen met het NIP, de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen en Psychotherapeuten (LVVP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), GGZ Nederland, NVZ, NFU, de Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), ZN en de NZa. Tevens werken we samen met andere TIZ-partijen. Ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid.

¹⁶ Geanonimiseerde signalen waarover geen zich lopend/voorgenomen onderzoek of vervolging door TIZ-partijen (meer) plaatsvindt.

Wat zijn de beoogde resultaten en hoe meten we die?

Naast beoogde resultaten zijn soms indicatoren opgenomen. Stijging of daling van indicatoren kan verschillende oorzaken hebben.

- Het percentage afgekeurde declaraties in de formele en materiële controle (actie 1);
- Overzicht en inzicht in veel gemaakte fouten en gezamenlijke aanpak voor verminderen van deze fouten (actie 1);
- Uitkomsten onderzoek naar mogelijkheden verbeterde gegevensuitvraag bij derden (actie 2);
- Overzicht van de meest voorkomende foutmeldingen bij declaraties bij VECOZO en bij aanlevering van DIS-gegevens (actie 3);
- Visie en plan van aanpak HT; een initiatief van GGZ Nederland en ZN (actie 4);
- Inzicht in mogelijkheid verkorten maximale controletermijn (actie 5);
- Het aantal signalen en meldingen over rechtmatigheid bij de TIZ-partijen (actie 6);
- Het aantal zaken dat voor de rechter wordt gebracht (actie 6);
- Het aantal afgewezen declaraties en de middelen die worden teruggevorderd door zorgverzekeraars (actie 6);
- Leerpunten op basis van signalen TIZ-partijen (actie 7).

Achtergrondinformatie

- Totale budgettaire beslag curatieve GGZ bedroeg in 2016 € 3,3 miljard (Marktscan GGZ 2016, NZa).
- Over de curatieve GGZ komen relatief veel signalen binnen bij het IKZ.¹⁷ In 2016 zijn over de GGZ 86 meldingen (ruim 19% van het totaal), waarvan een groot deel de Zvw betreft, binnen gekomen en de GGZ staat daarmee in de top drie van sectoren waarover de meeste signalen worden ontvangen.
- Zvw-breed gezien ontvangt het IKZ signalen over ongepast gebruik, onjuiste betaaltitel of prestatie, fingering/vervalsing, geleverde zorg van onvoldoende kwaliteit of aanbieders waarbij de administratie niet op orde is. De meeste signalen gaan over upcoding waarbij behandelaren bijvoorbeeld teveel tijd schrijven (er wordt meer gedeclareerd dan daadwerkelijk geleverde zorg). Hierdoor wordt een duurder product in rekening gebracht.
- ZN gaat in de rapportage controle en fraudebeheersing over het kalenderjaar 2016 onder andere in op reeds uitbetaalde declaraties die na controle achteraf alsnog worden afgekeurd en teruggevorderd. In het kalenderjaar 2016 hebben de zorgverzekeraars in totaal voor de basisverzekering in de Zvw voor € 367 miljoen euro teruggevorderd door controle achteraf, waarvan 29% (€ 106 miljoen) voor de GGZ. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zorgverzekeraars de onterechte declaraties die zijn vastgesteld met het in 2016 uitgevoerde zelfonderzoek cGGZ 2013 hebben teruggevorderd.
- Naast de controlecijfers hebben de zorgverzekeraars in 2016 ook nog 156 fraudeonderzoeken afgesloten met het onderzoeksresultaat 'administratieve fout zorgaanbieder'. In deze fraudeonderzoeken is vastgesteld dat er een fout is gemaakt met de declaratie en dat daarbij geen sprake was van fraude. In 2016 ging dit om een totaal bedrag in de Zvw van € 1,2 miljoen euro. Van dit bedrag was 25% afkomstig uit de GGZ.
- De NZa werkt samen met het zorgveld aan de ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem voor de gespecialiseerde GGZ, generalistische basis-GGZ en forensische zorg. Dit 'nieuwe model' moet een aantal knelpunten van de huidige DBC-systematiek wegnemen en de zorgvraag van de cliënt centraal stellen. Daarnaast moet de administratie van zorg voor de aanbieders gemakkelijker worden. En de zorgaanbieder moet de zorg sneller in rekening kunnen brengen. In deze actielijn wordt uitgegaan van het huidige bekostigingssysteem.

¹⁷ Rapportage Signalen zorgfraude 2016, IKZ.

2.3 Mondzorg



Wat is de aanleiding?

In de MZ gaan jaarlijks meer dan 30 miljoen nota's om. Daarbij gaat verreweg het meeste goed. Toch komen ook onjuiste declaraties voor. Soms onbewust bijvoorbeeld, omdat de regelgeving niet duidelijk is, soms is er sprake van opzet: fraude. Voor beide gevallen nemen we maatregelen om dit te voorkomen.

In absolute zin komen er meer signalen binnen over incorrecte declaraties mondzorg dan over andere zorgsoorten. Dat is niet vreemd gelet op het feit dat meer dan bij andere zorgsoorten patiënten zelf de nota zien en betalen, doordat het grootste deel van de mondzorg privaat gefinancierd wordt. Van de 447 signalen die het IKZ in 2016 ontving, kwamen er bij hen 110 vermoedens over fraude in de mondzorg binnen. Signalen kunnen bestaan uit vragen over de nota en (al dan niet bewust) onjuiste rekeningen. Er is echter pas sprake van fraude als is komen vast te staan dat er bewust onjuist is gedeclareerd. De Marktscan Eerstelijnszorg 2016 (NZa mei 2017) laat vanaf 2012 een forse afname van 50% van het aantal signalen over de mondzorg zien.

Toelichting bij het aantal meldingen:

- De tariefbeschikking Tandheelkundige zorg bevat een kleine 400 verschillende prestatiecodes. In de tariefbeschikking wordt voor een groot aantal combinaties van codes aangegeven welke wel en niet in combinatie met elkaar gedeclareerd mogen worden. Toch is het niet altijd duidelijk welke prestatiecode gedeclareerd dient te worden. Dit kan leiden tot verschillende interpretaties door zorgaanbieders en zorgverzekeraars met niet altijd correcte declaraties als gevolg;
- Het grote aantal prestatiescodes;
- De mondzorgnota is niet altijd even duidelijk en begrijpelijk voor de patiënt. Zo wordt bij het plaatsen van een kroon voor elk onderdeel van de behandeling een aparte prestatiecode in rekening gebracht en lang niet altijd is voor de patiënt duidelijk waar een prestatiecode voor staat. Hoewel de zorgaanbieder uitleg kan geven, wordt de patiënt niet altijd voldoende geïnformeerd. Dit blijkt ook uit onderzoeken van de Consumentenbond in eerdere jaren;
- De NZa stelt maximumtarieven vast voor mondzorgaanbieders. Een uitzondering betreft materiaal- en techniekkosten voor bijvoorbeeld kronen en bruggen als deze niet zelf worden vervaardigd door de zorgaanbieder. Dit is zo, omdat patiënten dan de mogelijkheid hebben de kroon te kiezen die zij graag willen hebben en innovaties niet in de weg te staan. De zorgaanbieder moet de materiaalkosten voor dezelfde prijs als waarvoor zij deze heeft ingekocht in rekening brengen bij de patiënt. Dit betekent dus ook dat als de zorgaanbieder korting krijgt bij de inkoop van kronen, zij deze volledig door moet geven aan de patiënt. Er zijn signalen dat dit niet in alle gevallen daadwerkelijk gebeurt.

IGJ en NZa controleren samen tandartsen

De NZa en de IGJ controleren deze week of tandartsen niet te veel röntgenfoto's maken bij kinderen. Samen bezoeken de NZa en IGJ acht praktijken waar zij ter controle patiëntendossiers bekijken. Uit een analyse van de declaratiedata blijkt dat deze praktijken veel meer röntgenfoto's maken dan gemiddeld. Tijdens de bezoeken bekijken we of er een verklaring is voor de afwijkingen in de declaraties.

Tandartsen mogen kinderen niet aan gezondheidsrisico's blootstellen door het maken van onnodige röntgenfoto's. Bij het maken van foto's komt straling vrij die, zeker voor kleine kinderen, schadelijk kan zijn. Ook mogen zij geen rekening indienen als zij de foto's niet gemaakt hebben. Als blijkt dat er geen foto's gemaakt zijn maar er wel een rekening is verstuurd, dan pakt de NZa dit op. Als uit de dossiers blijkt dat er geen medische noodzaak voor het maken van een foto was, is de IGJ aan zet.

De IGJ en de NZa werken samen om de zorg van goede kwaliteit en betaalbaar te houden. Daarom roepen wij mensen op hun declaraties goed te controleren en met hun tandarts in gesprek te gaan als zij vermoeden dat er onterecht röntgenfoto's worden gemaakt bij hun kind.

NZa: Nieuwsbericht 12-03-2018

Wie merkt hier de gevolgen van?

Patiënten:

- Bij niet correcte rekeningen kan het voorkomen dat patiënten niet het juiste bedrag betalen voor hun behandeling;
- Onjuiste declaraties kunnen het vertrouwen tussen patiënt en zorgaanbieder aantasten;

Zorgaanbieder en zorgverzekeraar:

- Indien de fout ontdekt wordt, leidt onjuist declareren dikwijls tot een toename van de administratieve lasten voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar: de zorgverzekeraar wordt belast met extra controles en het terugvorderen van onrechtmatig gedeclareerde bedragen en de zorgaanbieder moet de declaratie herstellen. Voor zowel de zorgaanbieder als de zorgverzekeraar betekent dit een toename van de werkdruk, omdat het herstellen van foutieve declaraties tijd vraagt;
- Frauderende zorgaanbieders zijn slecht voor de beeldvorming van de gehele beroepsgroep.

Maatschappij:

- Als onjuiste declaraties niet worden opgemerkt, komen deze ten laste van de publieke middelen indien het de basisverzekering betreft. Maximaal een kwart van alle kosten in de mondzorg komen ten laste van de basisverzekering.

Wat is het doel van deze actielijn?

Het uitgangspunt is vertrouwen, maar daar waar niet correct wordt gedeclareerd, pakken we dit aan. VWS wil samen met betrokken partijen het aantal onjuiste declaraties verkleinen en een bijdrage leveren aan de rechtmatigheid van de zorguitgaven. Dit door onder andere in te zetten op bewustwording van correct declareren en het optimaliseren van het proces van registreren en declareren binnen de MZ.

Wat zijn de maatregelen/acties?

Onderstaande acties en initiatieven zijn verdeeld over de vier thema's: preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking.

Preventie:

- 1. Meer inzicht en overzicht krijgen in de niet-correcte declaraties die ingediend worden bij zorgverzekeraars**

Wij willen samen met de leden van de werkgroep Correct declareren mondzorg¹⁸ en de patiëntenorganisaties meer inzicht en overzicht krijgen in de niet-correcte declaraties die ingediend worden bij zorgverzekeraars. Op die manier willen we onjuistheden bij het registreren en declareren zoveel mogelijk voorkomen en de bewustwording over rechtmatige zorg bij de zorgaanbieder vergroten.
- 2. Verduidelijken van de tariefbeschikkingen door het inzichtelijker maken van welke combinaties van prestaties wel of niet gedeclareerd mogen worden**

Samen met de werkgroep Correct declareren mondzorg zal een top 10 worden opgesteld van combinaties die een niet pluisgevoel opleveren en veelvuldig worden gedeclareerd. Daarna komt de werkgroep waar mogelijk met voorstellen voor een oplossing van de knelpunten te komen, die vervolgens in het reguliere overleg bij de NZa worden in gebracht.
- 3. Verkennen andere bekostiging mondzorg door NZa**

Gezien het grote aantal prestatiecodes en verschillen in interpretatie van welke combinaties van prestaties wel of niet gedeclareerd mogen worden, zal de NZa een project starten om te bezien in hoeverre de bekostiging in de mondzorg anders kan worden vormgegeven (lange termijn).
- 4. Verkennen geschillencommissie**

Samen met de werkgroep Correct declareren mondzorg zal verkend worden of een geschillencommissie tot een oplossing kan leiden in geval er sprake is van een verschil van interpretatie tussen zorgverzekeraar(s), patiënt en zorgaanbieder(s).
- 5. Onderzoeken stand van zaken transparantie voor patiënt**

Samen met de Patiëntenfederatie en Consumentenbond zal de werkgroep uitzoeken wat er al gebeurt op het vlak van transparantie voor de patiënt en hoe daar nog eventueel een impuls aan gegeven kan worden. Hierbij kan worden gedacht aan een meer patiëntvriendelijke en begrijpelijke nota.
- 6. Voorlichten door NZa**

De NZa verzorgt jaarlijks aan studenten tandheelkunde college over onder andere correct declareren. Ook plaatst de NZa regelmatig factsheets op haar website met informatie over juist declareren en uitleg voor patiënten.

¹⁸ ANT, KNMT, ONT, NVM, ZN, NZa, IGJ en VWS.

Controle:

7. Controles door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars voeren bij ingediende declaraties eerst een formele controle uit voordat zij overgaan tot uitbetaling. Een afgewezen declaratie betekent overigens niet per definitie dat er nooit meer wordt betaald. Daarnaast voeren zorgverzekeraars materiële controles uit.

8. Controles door patiënten

Daarnaast kunnen patiënten zelf hun rekening controleren en kan de patiënt:

- Een toelichting vragen bij de rekening;
- Via websites zoals “allesoverhetgebit.nl” de rekening controleren;
- Vergelijkingen tussen zorgaanbieders maken, bijvoorbeeld aan de hand van de verplichte materiaal- en techniekkosten lijst op websites en in de praktijken;
- Inzicht in de tandtechnieknota bij het plaatsen van een kroon of brug vragen, zodat de inkoopprijs kan worden vergeleken met het bedrag op de factuur.
- Bij een vermoeden van een mogelijke misstand het gesprek aangaan met de betreffende zorgaanbieder. Bij een onbevredigende uitkomst kan een klacht worden ingediend bij de klachtenregeling van de tandarts of kan er een melding bij de NZa worden gedaan.

Handhaving:

9. Uitvoeren van sectorbrede risicoanalyse door NZa

De NZa zal, met input van partijen, een sectorbrede risicoanalyse doen om scherp te krijgen of en zo ja waar de problemen zitten. Aan de hand van analyse zal met partijen worden gekeken welke interventies het best passend zijn om de problemen aan te pakken.

10. Aanpak fouten en fraude bij materiaal- en techniekkosten (o.a. onderzoeken naar overtreders) door NZa

De zorgaanbieder moet de materiaalkosten voor dezelfde prijs als waarvoor zij deze heeft ingekocht in rekening brengen bij de patiënt. Dit betekent dus ook dat als de zorgaanbieder korting krijgt bij de inkoop van kronen, zij deze volledig door moet geven aan de patiënt. Er zijn signalen dat dit niet in alle gevallen daadwerkelijk gebeurt.

Ketenbrede samenwerking:

11. Leren van signalen die binnenkomen bij TIZ-partijen

Bij het IKZ worden signalen verzameld over mogelijke onrechtmatigheden in de zorg. Het gaat om signalen van de TIZ-partijen. Signalen van burgers komen binnen via het meldpunt van NZa. Daar waar sprake is van daadwerkelijke fraude zal deze worden aangepakt. Het leren van signalen kan bijdragen aan het verminderen van fouten bij het registreren en declareren in de toekomst.

Welke partijen zijn betrokken?

Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), de Organisatie voor Nederlandse Tandprotheticici (ONT), de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM), ZN, NZa, IGJ en VWS. Tevens werken we samen met andere TIZ partners, waaronder de opsporende- en handhavende partijen. Ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid.

Wat zijn de beoogde resultaten en hoe meten we die?

- Door het inzichtelijk maken van welke combinaties van prestaties die wel/niet gedeclareerd mogen worden, zullen minder declaraties naar verwachting worden afgewezen. Dit is af te leiden uit de jaarlijkse cijfers van ZN;
- Er heeft een verkenning plaatsgevonden met betrekking tot de mogelijkheid tot instelling van een geschillencommissie;
- De nota's zijn transparanter voor de patiënt;
- Er is inzicht in de aard van de signalen en mogelijke verbeterpunten zijn uitgewerkt naar aanleiding van het inzicht in de signalen.

Achtergrondinformatie

- Uitgaven eerstelijns tandheelkundige zorg

Bedragen (x miljoen)

	2016	2017	2018	2019	2020
Tandheelkundige zorg	756,6	753,2	764,1	764,1	764,1

Bron: begroting VWS 2017-2018

- Mondzorg maakt 5% van de totale zorgkosten uit (ZN).
- Collectieve zorguitgaven 2017: € 68,5 miljard. Het Budgettair Kader Zorg bestaat uit de zorguitgaven op grond van de Zvw en Wlz. De kosten voor tandheelkundige zorg maken 1,1% uit van totale collectieve zorgkosten.
- Nederland telt ongeveer 5500 tandartspraktijken.
- Ontwikkelingen: de opkomst van ketenpraktijken binnen de mondzorg waarbij investeerders via een keten praktijken overnemen.

2.4 Wijkverpleging



Wat is de aanleiding?

Onder wijkverpleging wordt verstaan alle zorg die nodig is om mensen zo goed mogelijk thuis te laten wonen. Het gaat om het verlenen van zorg door verzorgenden en verpleegkundigen voor individuele cliënten die thuis wonen. De afgelopen jaren is de vraag naar wijkverpleging toegenomen. In 2015 maakten 512.000 mensen gebruik van wijkverpleging. Het werk dat door zorgverleners in de wijkverpleging wordt verricht, is heel belangrijk aangezien het gaat om kwetsbare mensen die zorg nodig hebben. Mensen krijgen zorg naar aanleiding van hun hulpvraag. De wijkverpleegkundige indiceert en organiseert de zorg en in samenspraak met de cliënt worden de doelen vastgesteld. In de meeste gevallen krijgen mensen de zorg die zij nodig hebben. Het kan echter ook voorkomen dat er fouten worden gemaakt door onvoldoende kennis of onduidelijke wet- en regelgeving. Waar mogelijk proberen we dit te voorkomen. Vanuit TIZ-partijen ontvangen wij echter ook verschillende signalen met betrekking tot mogelijke fraude in de wijkverpleging.

Signalen van TIZ-partijen

In de Signaleringsbrief 2017 geven de TIZ-partijen onder andere het volgende aan:

- Sommige wijkverpleegkundigen ervaren druk vanuit cliënten en hun omgeving om hoger te indiceren dan noodzakelijk;
- Er wordt gedeclareerd bij patiënt én bij de verzekeraar;
- Onverzekerde zorg wordt gedeclareerd als verzekerde zorg;
- Er worden valse indicaties opgesteld of indicaties afgegeven door onbevoegde wijkverpleegkundigen;
- Er wordt meer zorg gedeclareerd dan feitelijk is geleverd (upcoding);
- Er wordt zorg gedeclareerd terwijl er geen zorg wordt geleverd (spookzorg).

Waar fraude voorkomt moet dit worden aangepakt, zodat kwetsbare mensen de zorg ontvangen die zij nodig hebben.

Celstraf voor frauderende ex-zorgdirecteur

Een 73-jarige voormalig directeur van een thuiszorgorganisatie is door de rechtbank in Amsterdam veroordeeld tot een celstraf van 27 maanden voor fraude met zorggeld. De man drukte “op structurele en listige wijze” ruim een miljoen euro achterover dat bestemd was voor de thuiszorg.

De ex-directeur declareerde jarenlang veel meer zorguren bij de zorgverzekeraar dan er daadwerkelijk gewerkt was. De man ontkent dat hij iets verkeerd heeft gedaan. De rechtbank neemt het hem kwalijk dat hij geen verantwoordelijkheid neemt voor zijn daden. In 2005 is hij ook al eens veroordeeld voor verduistering.

Voorbeeld uit de Telegraaf van 15 maart 2018

Wie merkt hier de gevolgen van?

- Cliënten worden er de dupe van als ze niet de zorg en ondersteuning ontvangen die ze nodig hebben en waar zij recht op hebben. Het betreft een kwetsbare groep patiënten, die vaak niet in staat is goed te controleren wat de zorgaanbieder doet (bijvoorbeeld indicatiestelling vergelijken met hoeveelheid ontvangen zorg). Maar ook minder kwetsbare patiënten kunnen de dupe worden, omdat het voor hen niet altijd duidelijk is welke zorg ze wel hadden moeten krijgen;
- Zorgverzekeraars, toezichthouders en opsporingsdiensten, omdat het moeilijk is te bewijzen dat er sprake is van fouten of fraude. Dit vanwege de restrictie van het medisch beroepsgeheim en het kunnen vaststellen of zorg daadwerkelijk is geleverd. Daarnaast is het vaak moeilijk om het onterecht uitgekeerde bedrag terug te vorderen (zorgverzekeraars) of te ontnemen (opsporingsdiensten);
- Collega zorgaanbieders en zorgverleners, omdat controlemechanismen worden geïntensiveerd om fraude te voorkomen. Dat levert zorgaanbieders en zorgverleners extra administratieve lasten op. Daarnaast kunnen de malafide zorgaanbieders het imago van de beroepsgroep schade toebrengen.
- De samenleving, omdat die uiteindelijk de rekening betaalt van te veel uitgekeerde declaraties die onterecht als zorg worden gedeclareerd waardoor uiteindelijk de zorgpremie gaat stijgen.

Wat is het doel van deze actielijn?

Het uitgangspunt is dat cliënten de zorg krijgen die ze nodig hebben. De behoefte bestaat om inzicht te krijgen waar onjuistheden liggen bij zorgaanbieders en zorgprofessionals en hoe deze zijn ontstaan. Dit om toekomstbestendigheid van de aanspraak op wijkverpleging te realiseren. Het is daarom nodig meer inzicht te krijgen in de kenmerken (profiel) van de aanbieders waarbij declaratiefouten (onjuistheden) of fraude worden geconstateerd. Daarnaast wordt meer inzicht verkregen in fouten bij declaraties die het gevolg zijn van onvoldoende kennis of onduidelijke regelgeving. Vervolgens is het van belang om naar aanleiding daarvan gericht interventies in te zetten om rechtmatigheid in de zorg te borgen. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg.

Wat zijn de maatregelen/acties?

De verwachting is dat mensen vaker en langer thuis zullen blijven wonen. Daarmee, en in combinatie met de vergrijzing, zal de vraag naar wijkverpleging toenemen. Onderstaande acties en initiatieven zijn verdeeld over de vier thema's: preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking.

Preventie:

1. Een toekomstbestendig indicatieproces

De groep thuiswonende oudere mensen wordt steeds groter en hun zorgvraag steeds complexer. Het is de taak van de wijkverpleegkundige om de zorg voor deze mensen te organiseren en indiceren. Bij de indicatie wordt gekeken naar welke zorg en ondersteuning cliënten nodig hebben en op welke wijze deze het best kan worden geleverd. Een professioneel indicatieproces is essentieel om de wijkverpleging toekomstbestendig te houden. Het doel van deze actielijn is het indicatieproces meer toekomstbestendig te maken door verder te standaardiseren en te professionaliseren.

Om het stellen van gefundeerde indicaties door wijkverpleegkundigen te bevorderen is eerder door VWS aan V&VN een subsidie gegeven. Hiermee heeft V&VN een toolbox ontwikkeld met daarin hulpmiddelen voor wijkverpleegkundigen voor het stellen van de indicatie. Ook is in het Bestuurlijk Akkoord Wijkverpleging 2018 geld uitgetrokken voor de ontwikkeling van extra kwaliteitsstandaarden, waarmee duidelijker wordt bij welke aandoening welke zorg moet worden ingezet. Door te investeren in richtlijnen en in de implementatie daarvan in de

praktijk en het ontwikkelen van hulpmiddelen zoals een toolbox indicatiestelling, wordt het proces van indicatiestelling verstevigd en geprofessionaliseerd. Dit helpt niet alleen om ongewenste praktijkvariatie tegen te gaan, maar ook om inzicht te krijgen in welke zorg in welke situaties nodig is en de beste uitkomst geeft. Wanneer zorgverleners en zorgaanbieders deze inzichten transparant maken, kunnen zorgverzekeraars deze gegevens benutten bij de vraag naar de doelmatigheid van de geleverde zorg. Deze spiegelinformatie is belangrijk voor een toekomstbestendig indicatieproces, waarbij geen ruimte is voor fouten en fraude. De komende kabinetsperiode gaan we daarom de toepassing van de toolbox monitoren, om na te gaan of de toolbox het gewenste resultaat heeft opgeleverd.

Het uitgangspunt is dat mensen de zorg krijgen die nodig is. Wijkverpleegkundigen hebben de expertise om hiervoor de juiste indicatie op te stellen. Hierbij is het belangrijk dat er voldoende checks en balances in het indicatieproces zijn ingebouwd, door bijvoorbeeld meer te werken in een collegiale setting waar ruimte is voor intervisie en intercollegiale toetsing voor het geval de wijkverpleegkundige eventuele druk ervaart om hoger te indiceren dan nodig. V&VN is bezig met een plan van aanpak voor intervisie en intercollegiale toetsing. Dit vraagt echter ook van werkgevers dat daar op de werkvloer ruimte voor is en van verzekeraars dat daar in de tarieven ruimte voor is. Wij gaan hierover met partijen in gesprek.

2. Verkennen maatregelen om contractering te bevorderen

De TIZ-partijen geven in de Signaleringsbrief 2017 aan dat zij in de wijkverpleging een toename zien van het leveren van zorg zonder contract. Het aandeel niet-gecontracteerde wijkverpleging is gestegen van 1,3% (€ 36,9 mln.) in 2015 tot 6,2% (€ 83,5 mln.) in 2017.¹⁹ De zorgverzekeraar dient op basis van wet- en regelgeving deze declaraties wel (grotendeels) te betalen. Via voorwaarden in een contract, zoals afspraken waar een declaratie aan moet voldoen, is het voor de zorgverzekeraar mogelijk om de declaraties beter te controleren en risico's op fouten en fraude in te perken. Deze voorwaarden zijn er niet bij ongecontracteerde zorg. Bij ongecontracteerde zorg kan een declaratie alleen gecontroleerd worden als een zorgverzekeraar toestemming van de verzekerde heeft. Ongecontracteerde zorg betekent niet dat er sprake is van onrechtmatigheid. De toename van ongecontracteerde zorg in de wijkverpleging wordt echter wel als onwenselijk gezien door de partijen die het Bestuurlijk Akkoord Wijkverpleging 2018 hebben gesloten, omdat ongecontracteerde zorg het huidige stelsel onder druk zet.²⁰ Zorgverzekeraars hebben in de Signaleringsbrief 2017 aangegeven dat zij op basis van data-analyse zien dat ongecontracteerde aanbieders in de wijkverpleging per patiënt gemiddeld meer uren declareren dan gecontracteerde aanbieders. Dit wordt bevestigd door de eerste inventarisatie naar de uitgavengroei van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging door het Talma Instituut (2017) en het rapport (Niet-)gecontracteerde zorg in de wijkverpleging (Arteria, 2017). Hieruit blijkt dat in de eerste helft van 2017 de kosten van niet-gecontracteerde zorg in vergelijking met gecontracteerde zorg per cliënt ongeveer twee keer zo hoog is. Tijdens het AO wijkverpleging²¹ is toegezegd te laten onderzoeken of cliëntkenmerken een verklaring bieden voor de hogere kosten. Uit het onderzoek van Vektis²² blijkt dat de cliënten bij niet-gecontracteerde zorg voor wat betreft indicatoren van chronische aandoeningen zeer vergelijkbaar zijn aan de cliënten bij gecontracteerde zorg. Waar wel verschil is vastgesteld, is dat de cliënten in niet-gecontracteerde zorg jonger zijn en in het voorgaand jaar geen gebruik maakten van wijkverpleging: deze verschillen vormen geen

19 Rapport (Niet-) gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, Arteria (december, 2017).

20 Kamerstukken II 2016-2017, nr. 835 (bijlage). De partijen die dit bestuurlijk akkoord hebben gesloten zijn ActiZ, Branchebelang Thuiszorg Nederland (BTN), Patiëntenfederatie Nederland, V&VN, ZN en VWS.

21 Kamerstukken II, 2017-2018, 34 104, nr.206.

22 Kamerstukken II, 2017-2018, 29 689, nr.898.

verklaring voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg. De verschillen in de gezondheidstoestand van de cliëntenpopulaties zijn daarmee geen verklaring voor de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging. Het lijkt dan ook gerechtvaardigd om te concluderen dat de hogere kosten van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging veroorzaakt worden door een minder doelmatige inzet van personeel. Zowel de partijen uit de sector als wijzelf blijven daarom van mening dat het van belang is om maatregelen te nemen om contractering te bevorderen. Daarom wordt verkend, mede voor de GGZ, welke maatregelen mogelijk zijn om contracteren te bevorderen, zoals ook is afgesproken in het regeerakkoord. Hierover wordt de Kamer voor het zomerreces van 2018 geïnformeerd.

3. Uitvoeren van sectorbrede risicoanalyse door NZa

De NZa zal, met input van betrokken partijen, een sectorbrede risicoanalyse doen om scherp te krijgen of en zo ja, waar de problemen in de wijkverpleging zitten. Hierbij worden alle mogelijke problemen in de sector meegenomen zoals wachttijden en arbeidsmarktproblematiek. Aan de hand van deze analyse zal met partijen worden bekeken welke maatregelen het best passend zijn om de geconstateerde problemen op te lossen. Deze analyse kan resulteren in op maat gemaakte maatregelen passend bij de geconstateerde risico's.

4. Onderzoeken naar (oorzaken van) fouten en fraude binnen de sector

Doordat het gaat om zorg aan kwetsbare mensen in een thuissituatie, moet goed geborgd zijn dat zij alleen de zorgverleners over de vloer krijgen die integer zijn. Ook is het van belang dat voorkomen moet worden dat er fouten als gevolg van onjuistheden of onduidelijke wet- en regelgeving worden gemaakt. Samen met de hieronder genoemde partijen gaan we daarom:

5.

- Nader onderzoeken wat de kenmerken zijn van de zorgaanbieders waar foutieve of frauduleuze declaraties worden geconstateerd. Hierbij wordt zowel naar gecontracteerde, als niet-gecontracteerde zorg gekeken. De kenmerken kunnen bijvoorbeeld zijn dat bepaalde declaraties vooral voorkomen bij zzp'ers of juist grotere organisaties;
- Onderzoeken welke fouten er worden gemaakt door zorgaanbieders en of dit een gevolg is van onvoldoende kennis over wet- en regelgeving of dat er sprake is van onduidelijke wet- en regelgeving;
- De onderzoeksopzet samen met TIZ-partijen en branchepartijen opstellen;
- De resultaten bespreken met TIZ-partijen en andere betrokken partijen;
- Op basis van de uitkomst van het onderzoek bekijken welke aanvullende maatregelen getroffen moeten worden.

Controle:

6. Verbeteren declaratieproces indien daar aanleiding toe is

Door zoals hiervoor aangegeven te onderzoeken welke fouten er door zorgaanbieders worden gemaakt, kan het declaratieproces inclusief de controle op declaraties mogelijk verbeterd worden. Indien regelgeving de aanleiding blijkt te zijn voor de gemaakte fouten, kan door verduidelijking hiervan het declareren door zorgaanbieders met minder fouten gepaard gaan.

7. Opstellen risicoprofiel zorgaanbieders

We gaan, zoals aangegeven, nader onderzoeken wat de kenmerken zijn van de zorgaanbieders waar foutieve of frauduleuze declaraties worden geconstateerd. Op basis van deze informatie worden risicoprofielen opgesteld van het type aanbieders die bijvoorbeeld in vergelijking met andere aanbieders te hoog indiceren of meer zorg declareren dan geleverd, zodat zorgverzekeraars hier gericht controles naar kunnen doen.

8. Controle indicatiestelling door onafhankelijke derde

Om fouten en fraude tijdig op te sporen is het belangrijk dat er een onafhankelijke derde de indicatiestelling kan controleren indien er signalen zijn, afkomstig van bijvoorbeeld de cliënt of de zorgverzekeraar, dat er sprake is van een te hoge indicatie. We brengen in kaart wat de mogelijkheden zijn om deze second opinion vorm te geven.

Handhaving:

9. Gerichter toezicht en handhaving

Het nog uit te voeren onderzoek kan bijdragen aan het gericht toezicht houden en handhaven bij zorgaanbieders waar onrechtmatigheden voorkomen doordat de kenmerken beter in beeld zijn gebracht. Zo kunnen fouten worden vermeden en fraude worden aangepakt indien daar sprake van is. Daardoor kan worden bevorderd dat patiënten de zorg krijgen die zij nodig hebben.

De NZa is samen met veldpartijen bezig met een plan van aanpak om af te stappen van de 5-minuten registratie in de wijkverpleging. Om het risico op fraude te mitigeren zijn er beheersmaatregelen nodig. Daarom worden randvoorwaarden om op correct declareren toe te kunnen zien in dit traject meegenomen.

Fouten en fraude kunnen het meest effectief worden aangepakt als de inzet van alle partijen in de keten nauw wordt afgestemd. Handhavingsorganisaties zoals de NZa en IGJ werken dan ook nauw samen bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Iedere partij draagt vanuit zijn eigen rol en verantwoordelijkheden bij aan de gezamenlijke aanpak. Partijen hebben gezamenlijk sectorale risicoanalyses opgesteld met interventiemethodes die normnaleving bevorderen en ondersteunen. Civielrechtelijke, bestuursrechtelijke, tuchtrechtelijke en strafrechtelijke instrumenten worden daartoe in samenhang met elkaar en met buitengerechtelijke en meer informele instrumenten als voorlichting en communicatie ingezet. Instrumentarium van de handhavingsorganisaties wordt daarbij goed op elkaar afgestemd en gewogen, zodat er effectief kan worden geïntervenieerd.

Ketenbrede samenwerking:

10. Diverse activiteiten

In TIZ-verband werken partijen samen op het gebied van toezicht, opsporing en handhaving. Zo doet de NZa met input van andere partijen een risicoanalyse in de wijkverpleging om in kaart te brengen of er problemen zijn in de sector en zo ja, welke dit zijn. Daarnaast wordt ook de samenwerking met veldpartijen/brancheorganisaties gezocht, bijvoorbeeld bij het uitvoeren van het hiervoor aangekondigd onderzoek. De NZa en veldpartijen zijn ook gezamenlijk bezig met een plan van aanpak voor het afstappen van de 5-minuten registratie.

Welke partijen zijn betrokken?

ActiZ, BTN, V&VN, Patiëntenfederatie Nederland, NZa, IGJ, zorgverzekeraars (vertegenwoordigd via ZN) en VWS. Indien nodig zullen bij de uitwerking van de maatregelen ook andere partijen betrokken worden. Tevens werken we samen met andere TIZ partners, waaronder de opsporende- en handhavende partijen. Ieder vanuit de eigen rol en verantwoordelijkheid.

Wat zijn de beoogde resultaten en hoe meten we die?

Om te kunnen meten of er minder fouten worden gemaakt en er minder fraude voorkomt wordt er gekeken naar:

- Aantal signalen en meldingen over (vermoedens) onrechtmatigheid bij partijen als NZa, IKZ en ZN (van verzekerden);
- Omvang afgewezen declaraties (vooraf) door zorgverzekeraars;
- Omvang teruggevorderde declaraties (achteraf) door zorgverzekeraars;
- Aantal fraudeonderzoeken naar wijkverpleging door zorgverzekeraars;
- Aantal strafrechtelijke onderzoeken door Inspectie SZW en OM;
- Aantal en soort maatregelen door zorgverzekeraars o.g.v. maatregelenrichtlijn;
- Aantal civiel- en tuchtrechtelijke zaken door zorgverzekeraars;
- Aantal maatregelen handhavingspartijen;
- Omvang vastgestelde fraude (vastgesteld wederrechtelijk verkregen voordeel) door Inspectie SZW en OM.

Achtergrondinformatie

- Aantal zorgaanbieders actief in de wijkverpleging: 558.²³
- Het totale landelijke budget (het macrokader) voor de wijkverpleging in 2017 was € 3,6 miljard (gefinancierd vanuit de Zvw). In 2018 is € 3,778 miljard begroot voor wijkverpleging.²⁴ De absolute kosten voor wijkverpleging stijgen jaarlijks, maar blijven onder het macrokader.
- In 2016 hebben zorgverzekeraars voor € 2,7 miljard aan declaraties vooraf afgewezen, waarvan 5% (135 miljoen) voor wijkverpleging. Zorgverzekeraars hebben in 2016 in totaal voor € 367 miljoen teruggevorderd door controles achteraf, waarvan 2% (ca. € 7,3 miljoen) voor wijkverpleging.²⁵
- Zorgverzekeraars hebben in 2016 voor een bedrag van €18,9 miljoen fraude vastgesteld. 11% van dit door zorgverzekeraars vastgestelde fraudebedrag betrof wijkverpleging.
- In de Signaleringsbrief 2017 is aangegeven dat zorgverzekeraars in meerdere dossiers fraude met wijkverpleegkundige zorg hebben aangetoond. Daarnaast zijn er bij de zorgverzekeraars nog tientallen andere dossiers in onderzoek vanwege vermoedens van fraude.
- Het IKZ heeft aangegeven dat het aantal signalen over mogelijke zorgfraude in de wijkverpleging in 2017 is gestegen naar 61 (tegenover 17 signalen in 2016). Binnen het IKZ worden ook trends en fenomenen gesignaleerd. In dat kader wordt er ook gekeken naar fenomenen in de wijkverpleging. Mochten er fenomenen door het IKZ worden gesignaleerd die relevant zijn voor het hiervoor aangekondigde onderzoek, zullen die worden meegenomen.

²³ NZa Monitor contractering wijkverpleging, 2017.

²⁴ Begroting 2017-2018 ministerie VWS.

²⁵ Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2016 (Zeist, 2017).

2.5 Persoonsgebonden budget



Wat is de aanleiding?

Het persoonsgebonden budget (pgb) is oorspronkelijk bedacht voor mensen met beperkingen die zorg nodig hebben en daarvoor niet terecht kunnen bij het bestaande zorg in natura aanbod. Deze doelgroep is over het algemeen goed in staat om de zorg te organiseren, het pgb te beheren en de uitgaven te verantwoorden. Voor deze mensen is het pgb een prachtig instrument. Gaandeweg zijn we in een situatie beland dat we met regelmaat worden geconfronteerd met casuïstiek over (vermeende) fraude en misstanden bij het pgb. Ondanks de maatregelen die zijn genomen om fraude met pgb's tegen te gaan, zoals bewuste-keuze-gesprekken, het uitvoeren van huisbezoeken, de invoering van het trekkingsrecht en het aanscherpen van de weigeringsgronden, is de problematiek van fraude met het pgb niet opgelost.

De maatregelen die de afgelopen jaren zijn genomen om het pgb budgettair te beheersen en om fraude tegen te gaan, hebben de uitvoeringssystematiek van het pgb er niet altijd eenvoudiger op gemaakt. Zoals aangegeven in de inleiding is er soms een spanningsveld tussen verschillende beleidsdoelen. Ook bij het pgb geldt dat er een 'uitruil' is tussen fraudebeheersing enerzijds en het verminderen van complexiteit en administratieve lasten anderzijds. Het aanvragen en beheren van een pgb vraagt dan ook veel van budgethouders en brengt de nodige administratieve lasten met zich mee. Niet iedere budgethouder is in staat om de verantwoordelijkheden en verplichtingen die een pgb met zich meebrengt voldoende na te komen. Uit het recente onderzoek naar regie en vertegenwoordiging bij pgb blijkt ook dat de grote meerderheid van de budgethouders (80%) zich laat ondersteunen bij het organiseren van de zorg en het beheer van het pgb. De meeste budgethouders kunnen of willen het pgb-beheer niet (volledig) zelf voeren. De complexiteit van het pgb brengt ook een risico met zich mee dat mensen onbedoeld fouten maken, bijvoorbeeld bij het declareren van de zorg. Daarnaast komt het voor dat mensen kiezen voor een pgb, omdat het aanbod aan zorg in natura ontoereikend is. In dat geval is het pgb niet zozeer een bewuste keuze, als wel een noodzakelijke stap om passende zorg te kunnen organiseren. Dit zijn ongewenste ontwikkelingen, waar we stappen in willen zetten.

Indicatiestellers, verstrekkers, toezichthouders en opsporingdiensten (verder: TIZ partijen) blijven VWS wijzen op de risico's van het pgb, onder andere via de Signaleringsbrief 2017. De TIZ partijen geven aan dat het bij pgb fraude veelal gaat om het declareren van meer of duurder zorg dan feitelijk is geleverd. In de brief staan een aantal specifieke oorzaken. Veel knelpunten zijn volgens de opstellers terug te voeren op de onbekwaamheid van budgethouders en hun afhankelijkheid van derden. Daarnaast wijst de brief op samenspanning tussen de zorgverlener en de budgethouder. Ook zien zij de sterke vervlechting van huisvesting en zorg als een risico. Cliënten worden dan verplicht om (soms ondermaatse) zorg in te kopen bij hun aanbieder, waarbij de huur (tegen de regels in) wordt betaald vanuit het pgb. De kwetsbaarheid van cliënten speelt ook hier een rol. De VNG heeft aangegeven dat veel fraudesignalen bij gemeenten betrekking op situaties van beschermd wonen.

Het systeem van trekkingrecht, waarbij de Sociale Verzekeringsbank (SVB) de betalingen voor geleverde zorg doet, werpt weliswaar een drempel op voor fraudeurs, maar biedt geen volledige oplossing voor het probleem. Op papier kan de administratie kloppen, terwijl de praktijk er anders uitziet. In de werkelijkheid is het moeilijk te achterhalen wat daadwerkelijk is geleverd aan zorg en of de declaraties dus kloppen. Malafide aanbieders en criminele organisaties maken gebruik van deze ruimte. Sinds eind 2016 voert de SVB weer alle controles uit op de ingediende declaraties. Desgevraagd heeft de SVB aangegeven dat hiermee voornamelijk administratieve fouten aan het licht komen, bijvoorbeeld het ontbreken van BSN-nummers of handtekeningen op declaraties.

Fraudesignalen komen bij de SVB naar voren, doordat medewerkers afwijkende zaken zien in de gegevens. De SVB geeft vermoedens van fraude door aan de betrokken gemeente of het zorgkantoor, zodat die kan beoordelen of nader onderzoek nodig is.

Fraude kan ernstige gevolgen hebben voor cliënten. Kwetsbare mensen worden soms het slachtoffer van criminelen die het pgb hebben ontdekt als geldmachine. Zij lijden fysieke en emotionele schade als gevolg van te weinig of kwalitatief slechte zorg. Bovendien zijn ze in beginsel financieel aansprakelijk voor het beheer van het budget.

Ook bij het pgb kiezen we voor een brede insteek, die zowel gericht is op het tegengaan van fouten als van fraude. Vanwege de misstanden die we in de praktijk zien, ligt de nadruk bij het pgb echter meer op fraude.

Celstraffen tot dertig maanden voor pgb-fraude

De rechter acht bewezen dat zes verdachten bijna 1 miljoen euro verduisterden via het bedrijf waarvoor zij werkten. De verdachten werkten voor een bedrijf dat mensen met een pgb en zorgverleners bij elkaar bracht.

Zes verdachten zijn vrijdagochtend door de rechtbank in Maastricht veroordeeld tot celstraffen van vier tot dertig maanden voor fraude met persoonsgebonden budgetten (pgb). De rechter acht bewezen dat het zestal bijna 1 miljoen euro heeft verduisterd.

De verdachten werkten voor een bedrijf dat mensen met een pgb en zorgverleners bij elkaar bracht. Ze verleenden daarbij ook nog zelf zorg aan diverse mensen. Het zestal kon de ruim 970.000 euro verduisteren door uren die niet gewerkt werden in rekening te brengen. De pgb-houders werkten aan deze fraude mee en kregen ook een deel van het gefraudeerde geld.

Beroepsverbod

Het geldt dat de verdachten opstreken, moeten zij terugbetalen aan de staat. De terug te betalen bedragen variëren van bijna 72.000 euro tot ruim 250.000 euro. Daarnaast hebben drie verdachten ook een voorwaardelijk beroepsverbod gekregen. De straffen vallen zo hoog uit, omdat twee verdachten een getuige hebben geprobeerd te beïnvloeden. Een andere verdachte was in het bezit van drugs, een stroomstootwapen en munitie.

NRC - 15 december 2017

Wie merkt hier de gevolgen van?

- Budgethouders die het slachtoffer zijn van malafide aanbieders. Zij ontvangen niet de zorg en ondersteuning die ze nodig hebben en zijn financieel aansprakelijk voor het beheer van het budget en daarmee ook voor de onrechtmatige besteding van het pgb;
- Budgethouders die te goeder trouw zijn, krijgen te maken met negatieve beeldvorming;
- Bonafide zorgaanbieders die zich met hart en ziel inzetten voor de zorg en ondersteuning van hun cliënten. Ook zij worden geraakt door negatieve beeldvorming rondom het pgb;
- Verstrekkers (zorgkantoren, zorgverzekeraars en gemeenten). Zij hebben bepaalde instrumenten om de financiële schade te verhalen op de malafide aanbieders, maar het geld is allang verdwenen;
- Toezichthouders en opsporingsdiensten, omdat het moeilijk is te bewijzen dat er sprake is van fraude (mede vanwege de restrictie van het medisch beroepsgeheim is het lastig om vast te stellen of zorg daadwerkelijk is geleverd);
- De samenleving, omdat die uiteindelijk de rekening betaalt.

Wat is het doel van deze actielijn?

Het uiteindelijke doel is om te komen tot een toekomstbestendig pgb, waarbij er minder onbedoelde fouten worden gemaakt bij het declareren van de zorg en ook de mogelijkheden voor het plegen van fraude fors zijn teruggebracht. Een toekomstbestendig pgb is ook een fraudebestendig pgb. Om dat te bereiken, verkennen we komend halfjaar hoe we de toegang tot het pgb kunnen verbeteren. Juist om kwetsbare mensen te beschermen, moeten we selectiever zijn in de toekenning van een pgb en duidelijker maken welke voorwaarden en verplichtingen verbonden zijn aan de keuze voor een pgb. Het aanscherpen van de toegang draagt ook bij aan de fraudebestendigheid van het pgb. Zoals toegezegd in de Kamerbrief over het pgb van 16 februari jl., wordt de Kamer dit najaar geïnformeerd over de uitkomsten van deze beleidsverkenning.²⁶

We benutten in dit kader ook de bevindingen uit de Signaleringsbrief van TIZ-partijen. Een belangrijk risico op fraude met het pgb komt volgens de opstellers voort uit de onbekwaamheid van budgethouders om regie te voeren over de zorg en het pgb te beheren, en uit hun afhankelijkheid van (soms onbetrouwbare) derden. Het intensiveren van het toezicht en de handhaving is niet de (enige) oplossing. Hoewel de verantwoordelijke handhavingsorganisaties fraude met het pgb stevig blijven aanpakken, lost extra toezicht en handhaving alleen dit fraudeprobleem uiteindelijk niet op. Naast controle, bestuursrechtelijke en strafrechtelijke handhaving achteraf (wat nodig is en vermoedelijk nodig blijft) willen we meer werken aan een oplossing aan de bron, aan de voorkant.

Ook wijst de signaleringsbrief op de combinatie van huisvesting en zorg. De opstellers van de brief geven aan dat de kwetsbare positie van de cliënt een groter risico geeft op misstanden, zowel bij de zorgverlening als het financiële beheer van het pgb. Als we selectiever zijn bij de beoordeling voor wie het pgb een geschikte leveringsvorm is, dan verwachten we ook (veel) minder signalen over potentiële zorgfraude bij wonen met zorg combinaties. Een dergelijk afgeleid effect verwachten we ook voor (andere) malafide aanbieders, die bij capabele budgethouders minder voet aan de grond zullen krijgen.

Wat zijn de maatregelen/acties?

Onderstaande acties en initiatieven zijn verdeeld over de vier thema's: preventie, controle, handhaving en ketenbrede samenwerking.

²⁶ Kamerstukken II, 2017-2018, 25 657, 297.

Preventie:

1. Uitvoeren van beleidsverkenning

Het uitgangspunt is dat mensen de zorg krijgen die nodig is, in een vorm die bij hen past. Het pgb is een mooi instrument voor mensen die er goed mee om kunnen gaan, maar het is niet voor iedereen geschikt. Voor budgethouders moet het aan de voorkant helder zijn welke voorwaarden en verantwoordelijkheden verbonden zijn aan de keuze voor een pgb. Verstrekkers kunnen budgethouders informeren en ondersteunen bij het maken van de juiste afweging, maar moeten tegelijkertijd beoordelen voor wie een pgb de juiste keuze is en voor wie niet. Uit het onderzoek naar regie en vertegenwoordiging bij pgb blijkt dat het voor verstrekkers ingewikkeld is om aan de voorkant te beoordelen of een budgethouder in staat is om de verplichtingen en verantwoordelijkheden rondom het pgb na te komen.²⁷ Het ontbreekt hen aan een helder beoordelingskader om pgb aanvragers aan te toetsen. In het kader van de aangekondigde beleidsverkenning naar het pgb gaan we bekijken hoe we de toegang tot een pgb kunnen verbeteren, om ervoor te zorgen dat de juiste mensen een pgb hebben. Daarbij kijken we ook of de weigeringsgronden die nu in de wet- en regelgeving zijn opgenomen toereikend zijn. Het tweede aandachtsgebied in de beleidsverkenning is de kwaliteit van de met een pgb ingekochte zorg en ondersteuning.

De beleidsverkenning gaat onder meer in op de volgende onderwerpen:

1. De mogelijkheden voor de invulling en verankering van een uniform kader voor taken, kennis en vaardigheden voor een goed pgb-beheer (in verschillende zorgdomeinen), zodat aspirant-budgethouders een geïnformeerd besluit kunnen nemen of zij wel of geen pgb aanvragen en verstrekkers kunnen toetsen voor wie een pgb een geschikte keuze is. Hieronder gaan we nader in op een uniform kader voor taken, kennis en vaardigheden voor een goed pgb-beheer;
2. De kansen en risico's voor een verantwoord en beter beheer van het pgb. We denken daarbij onder andere aan een handreiking voor vertegenwoordigers en budgethouders over een heldere rolverdeling en de afspraken die daarbij horen ten aanzien van het pgb-beheer, het verbeteren van de toerusting van budgethouders (bijvoorbeeld via trainingen), en de rol van onafhankelijke cliëntondersteuning;
3. De voorwaarden en randvoorwaarden die worden gesteld aan bemiddelingsbureaus;
4. De rol van bewindvoerders/vertegenwoordigers;
5. De eisen die gelden voor de gewaarborgde hulp;
6. De mogelijkheid om, in geval van bewindvoering of vertegenwoordiging, de financiële verantwoordelijkheid voor de besteding van het pgb te verleggen van de budgethouder naar degene die het pgb daadwerkelijk beheert.

Zoals in de Kamerbrief over het pgb van 16 februari jl. wordt vermeld, is het belangrijk dat budgethouders en/of vertegenwoordigers aan de voorkant weten wat er van hen verwacht wordt bij pgb en waar ze aan moeten voldoen. Het onderzoeksbureau dat het onderzoek heeft uitgevoerd naar regie en vertegenwoordiging bij pgb, beveelt aan om in een (uniform) kader de taken, kennis en vaardigheden voor goed pgb-beheer vast te leggen.

²⁷ Kamerstukken II, 2017-2018, 25 657, nr. 297 (bijlage).

Het rapport bevat een takentabel waarin 7 taken worden genoemd:

- Aanvraagtraject;
- Inkopen van zorg;
- Goed werkgeverschap;
- Coördinatie van zorgverleners;
- Administratie voeren;
- Verantwoording afleggen;
- Coördinatie algemeen.

Bij deze taken worden bepaalde kennis en vaardigheden verondersteld zoals kennis van het pgb in de zorgwetten en van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de budgethouder. Maar ook financiële vaardigheden (bijhouden van het budget), administratieve vaardigheden, ICT-vaardigheden en communicatievaardigheden (contacten onderhouden in het Nederlands met zorgkantoor, gemeenten, verzekeraar en SVB).

Met Per Saldo en andere betrokken partijen verkennen we de mogelijkheden voor invulling van dat kader, de verankering daarvan in de verschillende zorgdomeinen en de operationalisatie van de verschillende onderdelen. Zodoende weten budgethouders waaraan ze moeten voldoen en weten verstrekkers op basis waarvan ze een pgb kunnen toekennen.

Maatregelen om de toegang tot het pgb te verbeteren en helderheid te bieden over de rollen, taken en verantwoordelijkheden dragen ook bij aan het voorkomen van fouten en fraude, en daarmee aan de toekomstbestendigheid van het pgb. Door zaken aan de voorkant goed te regelen, verwachten we dat de problematiek van fouten en fraude zich op termijn minder zal voordoen. Daarbij is van belang om oog te houden voor de balans tussen doelstellingen op het gebied van rechtmatigheid en andere belangrijke beleidsdoelstellingen, zoals administratieve lastenvermindering en privacyvraagstukken. Maatregelen kunnen ook gevolgen hebben voor wet- en regelgeving, niet alleen op het terrein van de zorg, maar ook op andere beleidsterreinen (die onder de verantwoordelijkheid vallen van collega-bewindspersonen van andere departementen, bijvoorbeeld van Veiligheid en Justitie of Sociale Zaken en Werkgelegenheid). Het is goed om te beseffen dat er geen snelle oplossingen zijn.

Controle:

2. Invoeren van portaal pgb 2.0

De uitvoeringsproblemen bij het trekkingsrecht hebben bij de Tweede Kamer tot de wens geleid om een nieuw, gebruiksvriendelijk 'loket' te maken voor de budgethouders. Uitgangspunt van dit nieuwe systeem is dat de budgethouder makkelijk een zorgovereenkomst en declaraties kan insturen en met zijn zorgverlener(s) kan communiceren. In het systeem worden er zoveel mogelijk controles geautomatiseerd, waardoor de budgethouder zo vroeg mogelijk in het proces zekerheid heeft over de volledigheid en correctheid van de ingediende declaraties en zorgovereenkomsten. Daarbij worden veel velden vooraf al ingevuld. Ook kan hij te allen tijde zien waar de zorgovereenkomst of declaratie zich in het proces bevindt. Met dit nieuwe systeem weet de budgethouder dus goed waar hij aan toe is. Dat helpt bij het beheren van het pgb. De budgethouder wordt geholpen door de inbouwde geautomatiseerde controles in het systeem en een deel van de informatie wordt vooraf ingevuld. Het systeem gaat daarmee ook onbedoelde fouten of zelfs misbruik (bijvoorbeeld het opzettelijk invoeren van onjuiste – hogere – tarieven) van zorggelden tegen. Daarnaast vervult de SVB (ook nu al) een signalerende rol bij de uitbetaling van ingediende declaraties. Bij vermoedens van onregelmatigheden of

zelfs fraude geeft de SVB een signaal af aan de verantwoordelijke verstrekker (gemeente of zorgkantoor), die vervolgens kan onderzoeken of de declaraties rechtmatig zijn. Ook na invoering van het pgb 2.0 systeem blijft deze signaleringsfunctie van belang.

Handhaving:

3. Uitvoeren handhavingstrategie pgb

Als in de praktijk blijkt dat er daadwerkelijk fraude is gepleegd, dan treden de TIZ-partijen daar hard tegen op. De handhavingsorganisaties hebben een handhavingstrategie opgesteld voor de aanpak van pgb fraude. Hierin zijn afspraken gemaakt over een integrale aanpak die bestaat uit zowel preventieve als repressieve interventies. Iedere partij zet hierbij de formele en informele handhavinginstrumenten in die zij tot hun beschikking hebben.

In de handhavingstrategie richten de TIZ-partners zich specifiek op een drietal focusgebieden waar zij risico's of kwetsbaarheden zien (zoals ook geduid in de Signaleringsbrief 2017²⁸).

Het gaat om:

- de combinatie van wonen en zorg;
- onvoldoende zorg in relatie tot kwetsbare budgethouders;
- wijkverpleging.

Dit neemt niet weg dat de TIZ-partners ook aandacht houden voor andere risico's of kwetsbaarheden op het gebied van pgb. Het analyseren van risico's als basis voor de handhavingaanpak is een continu proces en kan leiden tot aanpassingen in de focus en prioritering.

De afgelopen jaren is vooral ingezet op het uitbreiden van de handhavingcapaciteit bij de NZa, de Inspectie SZW en het OM. Na deze intensivering wordt nu extra ingezet op het delen van expertise en kennis over modus operandi tussen de TIZ-partners, onder andere op het gebied van fraude met pgb's. Op deze wijze kunnen partners elkaar versterken in hun aanpak.

Het machtigingsbesluit schadebeperkende maatregelen geeft de Inspectie SZW en de FIOD de mogelijkheid om informatie uit lopende opsporingsonderzoeken te delen met andere TIZ-partners in de zorg.²⁹ Met deze informatie worden ketenpartners in staat gesteld tijdig maatregelen te nemen in het kader van schadebeperking, zoals het stopzetten van pgb's, betalingen aan zorgverleners en/of uitkeringen. Waar mogelijk zette de opsporingsdiensten dit instrument in.

4. Versterken controle en handhaving door gemeenten

Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet. In de eerste jaren lag de focus vooral op het continueren van de zorg en ondersteuning voor burgers. Fraudepreventie en handhaving zijn daarbij nog onderbelicht gebleven, ondanks de inspanningen die de VNG heeft gedaan om gemeenten te ondersteunen bij hun taken op dit gebied. Voor de komende periode is van belang dat gemeenten meer besef van urgentie gaan ontwikkelen voor de aanpak van fraude, waaronder fraude met pgb's, binnen het gemeentelijke domein. Aanvullend op het lopende ondersteuningsprogramma voor gemeenten gaan wij gaan samen met de VNG met gemeenten in gesprek, om te verkennen welke stappen nodig zijn om het toezicht en de handhaving in het gemeentelijk domein naar een hoger plan te tillen.

28 Kamerstukken II, 2017-2018, 28 828, nr. 106 (bijlage).

29 Srct. 29470. Wpg-machtigingsbesluit schadebeperkende maatregelen zorgfraude.

Te denken valt aan:

- Het vergroten van bestuurlijk commitment bij gemeentelijke bestuurders om het toezicht en de handhaving op het gebied van de Wmo 2015 en de Jeugdwet goed in te richten.
- De mogelijkheid van het verplicht stellen van rechtmatigheidscontroles bij een x% van de gemeentelijke pgb-aanbieders;
- Actieve controles aan de hand van risico-indicatoren voor pgb-fraude, die de VNG eerder met de TIZ-partners heeft opgesteld;
- Het inrichten van periodieke (bijvoorbeeld halfjaarlijkse) thematische controle's, op door gemeenten gezamenlijk vast te stellen thema's.
- Het wettelijk verankeren van een plicht om ook voor de Jeugdwet een gemeentelijke toezichthouder aan te stellen, zoals nu al geldt voor de Wmo 2015;
- Het onderzoeken van de mogelijkheden om nieuwe technieken in te zetten bij de controle en fraudesignalering, bijvoorbeeld algoritmes of blockchain;

Het verder uitwerken van het concept van hoogwaardig handhaven, zodat gemeenten dit ook kunnen toepassen binnen het zorgdomein. Gemeenten zijn vanuit het domein van werk en inkomen bekend met de werkwijze van hoogwaardig handhaven, dat uitgaat van een combinatie van preventieve en repressieve elementen om fraude gericht aan te pakken. De VNG kan gemeenten ondersteunen bij de inbedding van het concept in het gemeentelijke beleid en hier gerichte acties op zetten.

5. Onderzoeken aard en omvang pgb-fraude

De Kamer heeft recent gevraagd om de bij het OM beschikbare informatie over de omvang van pgb-fraude beschikbaar te stellen.³⁰ De meest recente cijfers gaan over de resultaten van de strafrechtelijke opsporings- en ontnemingsonderzoeken die de Inspectie SZW in 2017 heeft uitgevoerd. Op basis van deze onderzoeken heeft de Inspectie SZW circa € 1,1 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel berekend. Daarvan heeft € 0,1 miljoen betrekking op fraude met het pgb.³¹ Ter vergelijking, in 2016 ging het om een totaalcijfer van € 5 miljoen aan wederrechtelijk verkregen voordeel, waarvan € 1,9 miljoen fraude met het pgb (in de Wlz/AWBZ) betrof.

Andere beschikbare cijfers over de omvang van fraude met het pgb zijn afkomstig van zorgverzekeraars en zorgkantoren. In de rapportage Controle en Fraudebeheersing 2016 geeft ZN aan dat de vastgestelde fraudes binnen de pgb-Wlz/AWBZ regelingen in 2016 72% van het totaal vastgestelde fraudebedrag uitmaken: € 13,5 miljoen van totaal € 18,9 miljoen. Dit is in lijn met voorgaande jaren. De cijfers over 2017 zijn nog niet beschikbaar.

De beschikbare cijfers over de resultaten van fraudeonderzoeken geven een indicatief beeld van de problematiek, maar geven geen uitsluitend beeld over de totale omvang van fraude met het pgb. Om een completer beeld te krijgen, voert het IKZ een inventariserend onderzoek uit naar de aard en omvang van pgb-fraude en de belangrijkste risico's die hierbij spelen. Wij verwachten de resultaten van dit onderzoek medio 2018.

³⁰ Kamerstukken II, 2017-2018, 34 104, nr. 211 (motie van de leden Hijink en Hermans over het verstrekken van bij het OM beschikbare informatie over de omvang van pgb-fraude en het vaststellen van maatregelen).

³¹ De lagere cijfers voor 2017 zijn deels te verklaren doordat de dossiers van een aantal ontnemingsonderzoeken die de Inspectie SZW in 2017 heeft uitgevoerd in 2018 zijn afgerond en ingediend bij het OM. De fraudebedragen die in de betreffende onderzoeken zijn vastgesteld, tellen daardoor pas mee in de cijfers over 2018.

Ketenbrede samenwerking:

6. Uitvoeren maatregelen naar aanleiding van beleidsverkenning

De onder preventie genoemde beleidsverkenning naar de toegang tot het pgb en de kwaliteit van de ingekochte zorg zal in samenwerking met gemeenten, zorgkantoren, zorgverzekeraars, de SVB en belangenorganisaties zoals Per Saldo en Branchevereniging Kleinschalige Zorg (BVKZ) worden uitgevoerd.

7. Aansluiten SVB op het IKZ

Zoals aangegeven, heeft de SVB nu al een signalerende rol bij de uitbetaling van declaraties voor zorg die wordt gefinancierd met een pgb. Vanuit zijn uitvoeringstaak is de SVB een belangrijke bron van informatie. De data en kennis van de SVB kunnen van belang kan zijn bij de effectieve afhandeling van pgb-fraudesignalen door toezichthouders en handhavers. Om de gegevensuitwisseling op het gebied van pgb-fraude te verbeteren, zijn we voornemens om de SVB aan te laten sluiten op het IKZ (zie ook paragraaf 3.1).

Welke partijen zijn betrokken?

Verstrekkers (gemeenten, zorgkantoren en zorgverzekeraars), uitvoeringsorganisaties, patiënten- en belangenorganisaties (onder andere Per Saldo, IederIn), handhavingsorganisaties (TIZ partijen) en VWS.

Wat zijn de beoogde resultaten en hoe meten we die?

De beleidsverkenning moet in september van dit jaar resulteren in zo concreet mogelijke acties voor de huidige kabinetsperiode. De focus ligt hierbij enerzijds op de toegang tot het pgb en anderzijds op de kwaliteit van de zorg. De verkenning draagt bij aan meer toekomst- en ook fraudebestendig pgb.

De activiteiten van de TIZ partijen moeten resulteren in een meer integrale en daarmee effectievere handhaving op het gebied van pgb fraude. Door krachtig op te treden tegen misstanden, onwenselijke situaties te stoppen, onrechtmatig verkregen middelen te ontnemen en overtreders passend te bestraffen, willen de partijen het nalevingsgedrag in de sector vergroten. Communicatie over de handhavinginterventies draagt bij aan het rechtsgevoel in de samenleving en verhoogt ook de gepercipieerde pakkans.

Op het punt van fraudebestendigheid meten we de resultaten aan de hand van de volgende indicatoren (op jaarbasis). De reden hiervoor is dat we niet weten wat de daadwerkelijke omvang van fraude met het pgb is. Fraude laat zich niet makkelijk meten, getuige de resultaten van de onderzoeken die al zijn uitgevoerd door de NZa³² en de Erasmus Universiteit Rotterdam.³³ Daarom gaan we uit van de volgende cijfers:

- Het aantal signalen van pgb-fraude bij het IKZ;
- Het aantal adviesaanvragen door gemeenten voor ondersteuning door het VNG Fraudeteam bij de afhandeling van pgb-fraude signalen;
- Het aantal fraudeonderzoeken pgb door zorgverzekeraars en zorgkantoren;
- Het aantal strafrechtelijke onderzoeken naar pgb-fraude door de Inspectie SZW en het OM;
- Het aantal maatregelen door handhavingspartijen;
- De vastgestelde fraudeomvang (in euro's, op jaarbasis) door zorgverzekeraars en zorgkantoren;
- De vastgestelde fraudeomvang (vastgesteld wederrechtelijk verkregen voordeel in euro's, op jaarbasis) door de Inspectie SZW en het OM.

³² Kamerstukken II, 2014-2015, 28 828, nr. 75 (bijlage).

³³ Kamerstukken II, 2015-2016, 28 828, nr. 94 (bijlage).

Op langere termijn verwachten we dat de maatregelen zullen leiden tot een daling van het aantal fraudesignalen. Het is echter mogelijk dat we op de kortere termijn juist een stijging zien in het aantal signalen, vanwege de toegenomen aandacht voor fraude. Dit kan zich ook vertalen in meer adviesverzoeken en fraudeonderzoeken op het gebied van pgb. We zullen de cijfers daarom waar mogelijk voorzien van een inhoudelijke duiding.

Achtergrondinformatie

Wij willen niet dat mensen verstoken blijven van de zorg en ondersteuning die zij nodig hebben. Fraude heeft ingrijpende gevolgen voor betrokken budgethouders, zowel fysiek en emotioneel als financieel. Dat willen we tegengaan. Dit is de nu beschikbare feitelijke informatie:

- Het pgb in een notendop: circa 120.000 budgethouders en 3 miljard aan uitgaven, verspreid over 4 zorgdomeinen (Wlz, Zvw, Wmo 2015 en Jeugdwet).
- Uit het recente onderzoek van Q-consult naar regie en vertegenwoordiging bij pgb blijkt dat de meerderheid van de budgethouders (ruim 80%) een vorm van vertegenwoordiging heeft.³⁴ Uit een eerder rapport over huisbezoeken bij het pgb in de Wlz bleek ook dat slechts 5% van de Wlz-budgethouders het pgb zelf beheert.
- Uit cijfers van het IKZ blijkt dat het aantal signalen over fraude met het pgb in 2017 sterk is gestegen. In 2017 ontving het IKZ 197 signalen van pgb-fraude, terwijl het in 2016 nog om 63 signalen ging. Het merendeel van de signalen (60%, oftewel 118 signalen) had in 2017 betrekking had op het Wlz pgb.
- Gemeenten kunnen terecht bij de VNG voor advies en ondersteuning bij een concreet fraudevermoeden. In 2016 kreeg de VNG 40 verzoeken tot ondersteuning en in 2017 zijn dit er 69 (tot 1 januari 2018). Circa 80% van deze meldingen gingen over onregelmatigheden en fraude met pgb's.
- De Belastingdienst heeft als strategie (zie onder meer de Handhavingsbrief 2018³⁵ waarin zij de uitvoerings- en handhavingstrategie hebben uitgewerkt) om (fiscaal) non-complianten, compliant³⁶ te maken. Hiertoe worden verschillende instrumenten ingezet om dat voor elkaar te krijgen, dat loopt uiteen van dienstverlening tot fraudebestrijding. Dat gebeurt ook in de zorgsector (waaronder op het terrein van pgb).

Het bovenstaande geeft een cijfermatig beeld van de omvang van de problematiek, maar dit beeld is per definitie onvolledig. De betrokken organisaties geven aan dat fraude voor een groot deel onder de radar blijft. De beschikbare cijfers geven de ondergrens aan.

34 Kamerstukken II, 2017-2018, 25 657, nr. 297.

35 Kamerstukken II, 2017-2018, 31 066, nr. 390 (bijlage).

36 Het streven dat burgers en bedrijven bereid zijn uit zichzelf (fiscale) regels naleven.

3.

Wetgevingstrajecten

Voor een gedegen en grondige aanpak van met name fraude is de uitwisseling van gegevens noodzakelijk. Bijvoorbeeld omdat verschillende partijen informatie hebben met betrekking tot een bepaalde zorgaanbieder, maar deze informatie is op zichzelf niet voldoende om er op actie op te ondernemen. Door gegevensuitwisseling kunnen partijen dergelijke signalen versterken. Deze uitwisseling moet echter zeer zorgvuldig plaatsvinden, omdat het vaak om bijzondere medische persoonsgegevens gaat. Daarom is wettelijke borging nodig.

Wij zijn bezig op de volgende terreinen met wetgeving om fouten en fraude beter te kunnen aanpakken:

3.1 Wetsvoorstel IKZ en Waarschuwingregister: gegevensuitwisseling

We zorgen ervoor dat de partijen die nu samenwerken in het IKZ straks meer wettelijke mogelijkheden krijgen om gegevens uit te wisselen met het IKZ als er fraudesignalen zijn. Toezichthouders en handhavers kunnen daardoor effectiever reageren op fraudesignalen. Daarnaast kan het IKZ trends en fenomenen op dit terrein signaleren.

Op verzoek van de TIZ-partijen nemen we de SVB op in hetzelfde wetsvoorstel, vanwege de informatiepositie die de SVB heeft in het werkveld van de pgb's. De betaling van pgb-zorgaanbieders en -verleners verloopt via de SVB. Daarmee bezit de SVB waardevolle informatie om zorgfraude aan te pakken, zowel in de vorm van data (fraudesignalen) als in kennis op het terrein van zorgfraude.

Ook willen we dat gemeenten zich aansluiten op het IKZ. Dit is wenselijk, omdat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

In hetzelfde wetsvoorstel wordt een juridische basis gelegd voor het Waarschuwingregister Zorg. Daardoor kunnen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten gegevens over bij hen bekende fraudeurs met elkaar uitwisselen. ZN en de VNG hebben voor de ontwikkeling van dit register een subsidie ontvangen van VWS. Het wetsvoorstel zal dit jaar nog aan uw Kamer worden verzonden.

3.2 Wtza: aanscherping van de toetreding

Aan uw Kamer is het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) voorgelegd, dat u inmiddels heeft aangemeld voor plenaire behandeling. Dit wetsvoorstel heeft niet primair als doel om fraude tegen te gaan, maar levert daar wel een bijdrage aan. De Wtza verbetert het toezicht van de IGJ op nieuwe zorgaanbieders en bevordert dat nieuwe zorgaanbieders beter bewust zijn van de regels zoals kwaliteitseisen die aan de zorgverlening worden gesteld en de eigen verantwoordelijkheid daarvoor. Hiertoe introduceert de Wtza een meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders binnen het bereik van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Daarnaast wordt in de Wtza de vergunningsplichtige doelgroep verbreed en de vergunningsvoorwaarden uitgebreid.

Doordat nieuwe zorgaanbieders voor aanvang van de zorgverlening in beeld zijn, kan vroegtijdig actie worden ondernomen door de IGJ op het terrein van kwaliteit en veiligheid van zorg, maar ook door de zorgverzekeraars en zorgkantoren om fraude te voorkomen.

Vooruitlopend op de Wtza zijn de zorgverzekeraars in januari 2018 gestart met een pilot om nieuwe zorgaanbieders in de zorg in een vroeg stadium te screenen. Dit betreft de KvK-nummers van de rechtspersonen die een toelating op grond van de Wet toelating zorginstellingen (Wtzi) aanvragen. IGJ doet eveneens die screening op basis van haar eigen informatie. Indien geen sprake is van een situatie waarin het CIBG de toelating kan weigeren, maar zorgverzekeraars of IGJ wel risico's zien, dan kunnen ze zelf beheersmaatregelen nemen (zoals extra controles). Na evaluatie van de pilot bekijken de betrokken partijen wat de meerwaarde is van deze werkwijze en hoe deze structureel kan worden ingevoerd.

Bij zowel de meld- als vergunningsplicht wordt gevraagd naar het KvK-nummer uit het Handelsregister. Een inschrijving in het Handelsregister staat niet voor iedereen open. Bij uw Kamer ligt een wetsvoorstel ter wijziging van de Handelsregisterwet waarin is geregeld dat alle bestuursverboden worden geregistreerd in de Handelsregisterwet. Wanneer dit voorstel kracht van wet heeft, zal de Kamer van Koophandel bestuurders en eventueel commissarissen, uitschrijven dan wel de inschrijving in het Handelsregister weigeren, voor zover dit voortvloeit uit het betrokken verbod.

In de Wtza wordt onder andere geregeld dat de toelatingsvergunning kan worden geweigerd of ingetrokken in de volgende situaties:

- Als de zorgaanbieder geen verklaring omtrent gedrag (VOG) kan verstrekken;
- Op basis van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob). Bij dit laatste wordt niet alleen gekeken naar strafbare feiten waarvoor de persoon is veroordeeld, maar bijvoorbeeld ook naar lopende onderzoeken naar die persoon. Bovendien wordt niet alleen de persoon zelf onder de loep genomen, maar ook het relevante netwerk om hem of haar heen, zoals financiers, vermogensverschaffers en opdrachtnemers;
- Ook kan de toelatingsvergunning worden ingetrokken als de bestuursstructuur aanzienlijk wijzigt. Daarvan zal in ieder geval sprake zijn als de rechtsvorm van de instelling wijzigt. Indien de instelling nog altijd de eerder geleverde zorg wil blijven verlenen, zal deze opnieuw een toelatingsvergunning moeten aanvragen. Op die manier kan opnieuw aan de in dat verband geldende voorwaarden worden getoetst, met name op de transparantie van de bestuursstructuur en de bedrijfsvoering.

Deze maatregelen kunnen een bijdrage leveren aan het weren van kwaadwillende zorgaanbieders.

3.3 AWtza: Overheveling van toezichttaken van de IGJ naar NZa

Aan uw Kamer is in samenhang met het wetsvoorstel Wtza, het wetsvoorstel Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) voorgelegd, dat u inmiddels heeft aangemeld voor plenaire behandeling. Het wetsvoorstel AWtza regelt de aspecten die voortvloeien uit de invoering van de Wtza, maar ook de overheveling van enkele toezichttaken van de IGJ naar de NZa.

Op dit moment is de IGJ op grond van de Wtzi belast met het toezicht op het verbod op winst-oogmerk, transparante financiële bedrijfsvoering en het deponeren van de jaarverantwoording. Als toezichthouder op de kwaliteit en veiligheid van zorg is de blik van IGJ eerst en vooral gericht op het primaire proces van zorgverlening. Gelet op de toename van casuïstiek waarbij sprake is van zorgfraude en/of het weglekken van zorggeld door bijvoorbeeld het omzeilen van het winstverbod én gelet op de expertise van de NZa, dat – meer dan IGJ – ligt op het terrein van

financieel-administratieve en bedrijfseconomische processen, wordt dit toezicht in het wetsvoorstel Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) belegd bij de NZa. Ook de nieuwe taak om toe te zien op het gebruik van derivaten wordt bij de NZa belegd. Met deze toedeling ontstaat meer synergie met het toezicht op de rechtmatigheid van declaraties van zorg.

In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel AWtza heeft de minister voor MZS aangegeven dat het vooralsnog niet de bedoeling is om met de AWtza een wijziging aan te brengen in de categorieën instellingen die onder de Wtzi gehouden zijn jaarlijks maatschappelijke verantwoording af te leggen door het openbaar maken van een jaarverantwoording. Vanuit goed toezicht op alle zorgaanbieders, ook hun onderaannemers, en vanuit oogpunt van transparantie en publieke verantwoording over collectieve middelen, wil de minister voor MZS nog eens goed kijken welke zorgaanbieders we bij AMvB aanwijzen om verantwoordingsplichtig te zijn en het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording in moeten dienen. De NZa zal na inwerkingtreding van de AWtza toezien op tijdige aanlevering aan het CIBG, van (de verplichte onderdelen van) de jaarverantwoording en handhaaft zo nodig ingeval van een te late openbaarmaking. Ter handhaving van de regels over de aanlevering van de jaarverantwoording zal de NZa over de volgende handhavingsinstrumenten beschikken:

- Het geven van een aanwijzing;
- Het opleggen van een last onder bestuursdwang of dwangsom;
- Het opleggen van een boete.

3.4 Verbetering Toezicht en Opsporing Wet marktordening gezondheidszorg

De TIZ-partijen constateren dat bij ongecontracteerde zorg de zorgverzekeraar beperktere mogelijkheden heeft om controles uit te voeren. Zij kunnen geen materiële controles uitvoeren bij een zorgaanbieder die de rekening voor verleende zorg rechtstreeks aan de verzekerde stuurt. Het wetsvoorstel Verbetering Toezicht en Opsporing Wet marktordening gezondheidszorg (VTO Wmg) verhelpt dit. Hiermee wordt de situatie van materiële controles bij gecontracteerde en ongecontracteerde zorg gelijkgetrokken. Verzekeraars mogen nu al materiële controles uitvoeren bij gecontracteerde zorg. Straks, door dit wetsvoorstel, mag dat ook bij zorgaanbieders waar geen (betaal)overeenkomst mee is. De VTO Wmg is aangenomen door uw Kamer en in behandeling bij de Eerste Kamer.

3.5 Verbetering informatievoorziening zorgaanbieder bij samenloop Wlz en Zvw

Zorgaanbieders declareren soms bij de Zvw-zorgverzekeraar terwijl de zorg voor een verzekerde met een Wlz-indicatie ten laste van de Wlz moet worden gedeclareerd. De aanbieder doet dit veelal onbewust, omdat hij doorgaans geen weet heeft van de Wlz-indicatie. Om dat te voorkomen is het noodzakelijk dat voorafgaand aan de behandeling of declaratie informatie wordt uitgewisseld over het aanwezig zijn van een Wlz-indicatie. Vanwege de schotten tussen de Wlz en de Zvw mag deze informatie in verband met de privacywetgeving niet worden uitgewisseld met zorgaanbieders, anders dan met toestemming van de verzekerde. Onder leiding van VWS wordt gewerkt aan een structurele oplossing voor dit probleem, voor de hele curatieve zorg. De analysefase is naar verwachting voor 1 juli 2018 gereed.

In het verleden zijn declaraties door bovengenoemde problematiek in sommige gevallen ten laste van het verkeerde domein gekomen (Zvw in plaats van Wlz). Alsnog 'omlabelen' van deze zorg is onwenselijk, omdat dat hoge rekeningen voor de eigen bijdrage Wlz voor deze verzekerden of hun nabestaanden tot gevolg zou hebben. Om dit te voorkomen is, in overleg met NZa, ZN, Zorginstituut Nederland (ZIN) en het Accountancy Platform Zorgverzekeraars (APZ), overeengekomen dat zorgverzekeraars geen controles achteraf hoeven te doen op deze samenloop. Om het risico voor zorgverzekeraars af te dekken, heeft ZIN met een zogenaamde 'coulancebrief' van VWS de ruimte gekregen om deze kosten, ondanks dat ze feitelijk niet rechtmatig zijn, wel te betrekken in de risicoverevening.

3.6 Wijziging van de Handelsregisterwet 2007

Het wetsvoorstel Wijziging van de Handelsregisterwet 2007 in verband met de evaluatie van die wet, alsmede regeling van enkele andere aan het handelsregister gerelateerde onderwerpen in het Burgerlijk Wetboek, de Handelsregisterwet 2007 en de Wet op de Kamer van Koophandel³⁷ is in maart 2018 aangeboden aan uw Kamer. Dit wetsvoorstel beoogt de rechtszekerheid in het economisch verkeer te versterken door de kwaliteit van het handelsregister en de slagvaardigheid van de Kamer van Koophandel (KvK) bij de uitvoering van de handelsregistertaak te vergroten. Het wetsvoorstel strekt in eerste instantie tot uitvoering van de aanbevelingen naar aanleiding van de evaluatie van de Handelsregisterwet 2007. Daarnaast worden in dit wetsvoorstel enkele andere aan het handelsregister gerelateerde onderwerpen geregeld. Zo wordt de rol versterkt die de KvK speelt bij de bestrijding van malafide praktijken in het handelsverkeer. De regels voor de ontbinding van rechtspersonen worden aangescherpt. Ook creëert dit wetsvoorstel een wettelijke basis voor de terugmelding van onjuistheden in niet-authentieke gegevens, de zogenoemde inputfinanciering door bestuursorganen bij het raadplegen van het handelsregister, de uitgifte van de Legal Entity Identifier door de KvK en de opname van het gegeven «indicatie van het aantal arbeidsverhoudingen» in het handelsregister. Verder wordt in de Handelsregisterwet 2007 het voorbehoud verankerd voor de KvK met betrekking tot het databankenrecht op grond van artikel 2 van de Databankenwet. Tot slot zijn er enige technische aanpassingen doorgevoerd.

³⁷ Kamerstukken II, 2017-2018, 34 687, nr. 2.

Het kabinet wil fraude in het handelsverkeer zo veel mogelijk voorkomen en zo effectief mogelijk bestrijden.³⁸ Bij deze brede en integrale benadering past ook een rol voor het handelsregister en, in bredere zin, voor de KvK, bij het bestrijden en voorkomen van malafide praktijken in het handelsverkeer. Dit wetsvoorstel geeft de KVK onder meer een wettelijke basis om signalen die duiden op bepaalde vormen van malafide handelen, actief door te geven aan toezichthouders of opsporingsinstanties.

³⁸ Kamerstukken II, 2013-2014, 17 050. Nr. 450.

4.

Signaleringsbrief 2017

In dit hoofdstuk beschrijven we een aantal punten uit de Signaleringsbrief 2017 over onderzoeken naar zorgfraude³⁹ van TIZ-partijen. Deze zijn niet in de voorgaande hoofdstukken aan de orde gekomen.

Wij vinden het verontrustend dat TIZ-partijen in deze brief signaleren dat apotheken in toenemende mate andere geneesmiddelen bij zorgverzekeraars declareren dan daadwerkelijk zijn afgeleverd. TIZ-partijen geven aan dat de opsporing van dit type complexere fraude relatief veel opsporingscapaciteit vergt. Wij gaan met TIZ-partijen in gesprek om te bezien of het opsporingsproces met betrekking tot fraude in de farmacie kan worden vereenvoudigd en welke bijdrage VWS daaraan kan leveren.

TIZ-partijen benoemen ook in deze brief dat soms gebruik wordt gemaakt van bepaalde (BV-) constructies in de zorg, waarmee de Wet Normering Topinkomens (WNT) en het verbod op winst-oogmerk niet meer van toepassing zijn. Omdat het hier niet om fouten danwel fraude gaat, maakt dit punt geen onderdeel uit van dit programmaplan. Samen met de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) werken wij aan een wetstraject om onderaannemers onder de WNT te brengen en zodoende ontwijkconstructies aan te pakken. U bent hierover op 22 februari 2018 geïnformeerd.⁴⁰ Zoals ook in de brief aan uw Kamer van 13 februari 2018 is toegelicht, hebben wij het streven u het standpunt over winstuitkering in de zorg in het voorjaar te doen toekomen.⁴¹

Tijdens het AO Zorgfraude op 16 november 2017 heeft de minister voor MZS toegezegd te komen met een brief over de leemten in het toezicht. In deze brief zal onder meer worden ingegaan op het toezicht bij subsidieregelingen met een medische component. Het betreft hier regelingen waarbij organisaties een subsidie ontvangen voor het verstrekken van bepaalde zorg, die niet is ondergebracht bij de vier stelselwetten: Zvw, Wlz, Wmo 2015 en de Jeugdwet. Zoals in de brief aan uw Kamer van 5 april jl.⁴² is aangegeven, streven wij ernaar u hierover uiterlijk in juni 2018 te informeren.

39 Kamerstukken II, 2017-2018, 28 828, nr. 106.

40 Kamerstukken II, 2017-18, 30 111, nr. 107.

41 Kamerstukken II, 2017-18, 34 767, nr. 8.

42 Kamerstukken II, 2017-2018, 28 828, nr. 107.

5.

Sturing, monitoring en effectmeting

Ons doel is om in deze kabinetsperiode de onrechtmatigheden in de zorg fors te verminderen. We nemen een aantal generieke, domeinoverstijgende maatregelen en we besteden aandacht aan een vijftal specifieke sectoren.

Primair ligt de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de aanpak van fouten en fraude bij de aanbieder, verzekeraar/financier, toezichthouders, opsporingsdiensten en handhavende partijen. Vanuit onze verantwoordelijkheid als wetgever en beleidsmaker werken we nauw met hen samen en maken we bestuurlijke afspraken over de verbeteringen die we willen realiseren. Het is daarbij goed om zo concreet mogelijk naar onze doelen toe te werken en helder te hebben wie welke rol en verantwoordelijkheid heeft.

Zoals eerder is aangegeven is het lastig de totale omvang van fouten en fraude in de zorg in kaart te brengen. Immers; we weten niet wat we niet weten. We willen samen met partijen kijken hoe we daar verbetering in aan kunnen brengen om meer grip op de aard en omvang van fouten en fraude in de zorg te kunnen krijgen. Daarnaast monitoren we gezamenlijk nauwkeurig de voortgang in het realiseren van de beoogde resultaten en sturen we indien nodig bij.

Sturing

Voor zowel de MSZ, GGZ als de mondzorg vinden onder voorzitterschap van VWS werkgroepen, directeurenoverleggen en wanneer nodig ook bestuurlijke overleggen plaats. In deze gremia worden knelpunten in kaart gebracht en afspraken gemaakt over de te nemen maatregelen om die knelpunten op te lossen. Er wordt bepaald wie welke verantwoordelijkheid daarin heeft, tot welke resultaten dat moet leiden, of de gewenste resultaten ook bereikt worden en waar eventueel bijgestuurd moet worden.

Voor pgb vindt afstemming op het onderdeel beleidsverkenning plaats in het Bestuurlijk Overleg (BO) pgb, waar naast VWS de SVB, ZN, VNG en individuele gemeenten aan deelnemen. Per Saldo en BVKZ zijn hierbij betrokken als externe adviseurs. Het BO vindt twee keer per jaar plaats. Wijkverpleging: voor de aanpak van fouten en fraude gaan we samen met de landelijke werkgroep wijkverpleging in gesprek over de uitwerking van voorgenoemde plannen.

Met de TIZ-partijen zijn afspraken gemaakt over de ketenbrede samenwerking en aanpak van zorgfraude in alle domeinen. Deze zijn vastgelegd in een convenant. In de TIZ-beleidsgroep komen partijen onder voorzitterschap van VWS eens in de 6 weken bijeen om de voortgang met elkaar te bespreken. Op bestuurlijk niveau is dat twee tot drie keer per jaar. Daarnaast geven de TIZ-partijen jaarlijks in een gezamenlijke brief aan welke signalen uit hun opsporingsonderzoek naar boven zijn gekomen die relevant zijn voor eventuele aanpassingen en verbeteringen in VWS-beleid.

Monitoring en effectmeting

De monitoring van de voortgang en de effectmeting worden waar mogelijk met feiten en cijfers onderbouwd. In de actielijnen per sector benoemen we de beoogde resultaten en langs welke indicatoren we die meten.

Momenteel wordt door de Inspectie SZW ook gewerkt aan de ontwikkeling van een methodiek voor het meten van effect: “sturen met effect”. Dit is een complex project waarin doelstellingen met bijbehorende indicatoren om te kunnen meten in ontwikkeling zijn.

DOEL	Forse vermindering van fouten en fraude
	INDICATOREN
Voorkomen van fouten en fraude	Fraudetoetsen voorgenomen regelgeving
	Evaluaties bestaande regelgeving (rechtmatigheid als onderdeel)
	Aantal nieuwe zorgaanbieders dat voldoet aan Wtza-meldplicht
	% nieuwe zorgaanbieders dat bij 1 ^e IGJ-bezoek voldoet aan randvoorwaarden goede zorg
	Aantal geweigerde / ingetrokken Wtza-vergunningen
	Aantal accreditaties NVZD en NVTZ
Actielijnen per sector	
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Aantal signalen en meldingen over (vermoedens) onrechtmatigheid bij partijen als NZa, IKZ en ZN (van verzekerden)
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Omvang afgewezen declaraties (vooraf) door zorgverzekeraars
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Omvang teruggevorderde declaraties (achteraf) door zorgverzekeraars
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars/-kantoren
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Aantal strafrechtelijke onderzoeken door Inspectie SZW en OM
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Aantal en soort maatregelen door zorgverzekeraars o.g.v. maatregelenrichtlijn
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Aantal civiel- en tuchtrechtelijke zaken door zorgverzekeraars
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Aantal maatregelen handhavingspartijen
MSZ/GGZ/MZ/WVP/pgb	Omvang vastgestelde fraude (vastgesteld wederrechtelijk verkregen voordeel) door Inspectie SZW en OM
pgb	Aantal adviesaanvragen door gemeenten voor ondersteuning VNG Fraudeteam
Wetgevingstrajecten	Procesindicatoren mbt voortgang behandeling wetsvoorstellen

De informatiebronnen die we gebruiken voor het monitoren en de effectmetingen zijn:

- CIBG: rapportage mbt meldplicht- en vergunningsplicht nieuwe zorgaanbieders;
- IKZ: rapportages over het aantal signalen en meldingen (kwartaal);
- IKZ: trends- en fenomeenanalyses (thematisch);
- NZa: risico- analyses (thematisch);
- ZN: cijfers omvang van terugvorderingen en fraudeonderzoeken zorgverzekeraars (jaarlijks);
- TIZ-partijen: signaleringsbrief (jaarlijks);
- OM en de Inspectie SZW: inzet van capaciteit en de resultaten uitgevoerde strafrechtelijke opsporings- en ontnemingsonderzoeken (o.a. via de Fraudemonitor, die de minister van J&V jaarlijks aan de Tweede Kamer stuurt);
- NZa: Jaarverslag rapportage over o.a. hun in voorafgaande jaar geleverde inspanningen t.b.v. rechtmatigheid van zorg (jaarlijks);
- IGJ: Jaarbeeld rapportage over o.a. hun in voorafgaande jaar geleverde inspanningen t.b.v. rechtmatigheid van zorg (jaarlijks).

Dit is een uitgave van
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Bezoekadres
Parnassusplein 5 | 2511 vx Den Haag

Postadres
Postbus 20350 | 2500 EJ Den Haag
Telefoon 070 340 79 11
www.rijksoverheid.nl

april 2018