

Vergaderjaar 2012–2013

**28 828**

**Fraudebestrijding in de zorg**

**Nr. 22**

**BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 26 maart 2013

In het ordedebat van 12 maart 2013 heeft u verzocht om een schriftelijke reactie op berichtgeving over fouten in de jaarrekeningen van de ziekenhuizen, fouten in de jaarcijfers van de verzekeraars en het niet serieus nemen van bestrijding van zorgfraude door zorgverzekeraars. Het bestrijden van zorgfraude heeft voor mij grote prioriteit. Fraude zet de betaalbaarheid van de zorg onder druk. Graag informeer ik u hierbij over de achtergrond van de recente berichtgeving en over de maatregelen die zijn genomen. Daarna ga ik in op de ketenaanpak die ik volg als het erom gaat controle, toezicht en fraudebestrijding in de zorgsector structureel te verbeteren. Met deze brief kom ik tevens tegemoet aan de toezegging aan de Kamer om u voor 1 april te informeren over de intensivering van de controles en het toezicht op declaraties in de ziekenhuissector.

*Fouten in de jaarrekeningen bij ziekenhuizen*

Zoals aangegeven in mijn brief van 15 februari 2013 (Kamerstuk 32 620 nr. 79) is er vorig jaar in de bekostiging van de medisch specialistische zorg een aantal grote wijzigingen doorgevoerd. Het gaat om de overstap van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging, het uitbreiden van het vrije segment naar ruim 70%, de invoering van het beheersmodel voor vrijgevestigde medisch specialisten en de invoering van de DOT-zorgproducten. Daarnaast heb ik met de veldpartijen een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord afgesloten, met een inhoudelijke agenda alsmede financiële afspraken over een beperkte groei van 2,5% in de periode 2012–2014.

Dit heeft geleid tot een verscherping van de zorginkoop via onder andere selectieve inkoop, het sturen op volumes en nieuwe contractvormen zoals het inkopen op basis van zogeheten «mandjes» (afspraken over kortingen op geneesmiddelenprijzen) en «plafondafspraken» (afspraken over maximum omzet per jaar per ziekenhuis). Het geheel van bovengenoemde

bekostigingswijzigingen, bestuurlijke afspraken en nieuwe contractering maakt 2012 een complex jaar.

### *Genomen maatregelen*

In mijn bovengenoemde brief heb ik uw Kamer geïnformeerd over de complexiteit en de gevolgen die dat heeft voor de financiële verantwoording van instellingen. In deze brief heb ik tevens aangegeven welke maatregelen zijn genomen om het opstellen en controleren van de jaarrekeningen in goede banen te leiden.

Resumerend betreft het de volgende maatregelen:

- Uitbrengen van het document «handreiking omzetverantwoording 2012». Dit document geeft instellingen concrete richtlijnen voor het opstellen van de jaarrekening. De partijen hebben gezamenlijk geconcludeerd dat de op dit moment geconstateerde verantwoordingsproblematiek met dit document is oplost.
- Met de partijen van het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord ziekenhuizen is afgesproken dat het definitief vaststellen van het transitiebedrag wordt verschoven naar 2014. Achtergrond van deze verschuiving is dat er in 2014 volledig zicht is op alle gedeclareerde DBC's 2012. Partijen achten deze aanpassing cruciaal om te komen tot een correcte afwikkeling van het transitiemodel en tot een correcte verantwoording daarvan in de jaarrekeningen. Met deze verschuiving wordt ook de financiële afrekening van het kader ziekenhuizen 2012 en daarmee de eventuele inzet van het macrobeheersinstrument (mbi) over dat jaar naar 2014 verplaatst. Dit betreft een eenmalige verschuiving van de financiële afrekening.
- Er is een audit gedaan om de zogenaamde grouper te certificeren. Deze grouper zorgt ervoor dat de uitgevoerde zorgactiviteiten correct worden omgezet in een te declareren zorgproduct. De controlerende accountant heeft over de werking van de grouper een zogenaamde schone verklaring afgegeven.
- Met alle betrokken partijen zijn procesafspraken gemaakt over de te ondernemen acties in de komende periode. Concreet is een platform in het leven geroepen waarin VWS, NZa, veldpartijen en accountants participeren. In dit platform kunnen eventuele resterende vraagstukken ten aanzien de jaarrekeningen worden ingebracht en -zonodig- worden voorzien van een gezaghebbende oplossing.

Hiermee zijn alle noodzakelijke maatregelen genomen om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen tot een goede verantwoording/jaarrekening kunnen komen.

Naast de maatregelen die in de brief van 15 februari zijn genoemd, is er ook een expertcommissie aan de slag geweest die onderzoek heeft gedaan naar mogelijk misbruik van het transitiemodel. Het onderzoeksrapport «mogelijk misbruik transitiemodel: spelen met regels en systeem in transitie» van Zorgverzekeraars Nederland is inmiddels door ZN openbaar gemaakt. Dit onderzoeksrapport stuur ik als bijlage<sup>1</sup> bij deze brief mee. Zoals eerder toegezegd bij de beantwoording van de Begrotingsvragen d.d. 5 december 2012, heb ik u gemeld dat de eindrapportage naar verwachting vóór 1 april aan u toegestuurd zou kunnen worden. Hiermee heb ik voldaan aan deze toezegging. Ik zal u ook op korte termijn mijn reactie op deze rapportage geven.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

### *Fouten in de jaarcijfers van zorgverzekeraars*

In het samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2011 constateert de NZa dat zorgverzekeraars steeds meer aandacht hebben voor het beheersen van de betaalbaarheid van de zorg. De toezichthouder concludeert echter ook dat de manier waarop zorgverzekeraars hun eigen financiën verantwoorden, in een aantal gevallen moet verbeteren.

De zorgautoriteit onderzoekt in dit rechtmatigheidsonderzoek de juistheid van de financiële verantwoordingen die zorgverzekeraars opstellen voor het vaststellen van de vereveningsbijdrage door het CVZ. Bij het onderzoek naar de juistheid van de financiële verantwoordingen ontdekte de NZa bij vijf zorgverzekeraars fouten, die niet waren ontdekt door interne en externe accountants. Het gaat hier vooral om administratieve rubriceringfouten voor een totaalbedrag van 490 miljoen euro (dit is 1,3% van de kosten van de zorgverzekeringswet). Een voorbeeld van een rubriceringsfout is de rubricering van «oude» diagnosebehandelingcombinaties (DBC's) als «nieuwe» DBC's. Door de werking van het vereveningssysteem hebben dit soort rubriceringfouten financiële gevolgen voor verzekeraars. De geconstateerde fouten zijn inmiddels hersteld in de verantwoordingsdocumenten.

Ook de manier waarop de financiële verantwoording tot stand komt, is voor verbetering vatbaar constateert de NZa. Verbeterpunten zijn bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars en hun accountants de uitkomsten van controles en onderzoeken beter moeten kwantificeren en dat zij risico's voor bijvoorbeeld foute declaraties meer diepgaand moeten analyseren.

### *Genomen maatregelen*

Omdat de NZa deze zorgverzekeraars al eerder een aanwijzing gaf voor dit soort administratieve fouten, gaat zij nu strengere maatregelen nemen en voert een boete-onderzoek uit bij deze vijf zorgverzekeraars. In het boete-onderzoek onderzoekt de NZa of zij een bestuurlijke boete gaat opleggen aan de desbetreffende zorgverzekeraars.

De juistheid van de financiële verantwoordingen is een belangrijke pijler voor de werking van het vereveningssysteem. Daarom hecht ik er belang aan dat de NZa hier goed op let. De NZa richt zich voor het komende vereveningsonderzoek 2012 specifiek op de controle van declaraties door zorgverzekeraars, de kwantificering van uitkomsten van controles en op de onderlinge vergelijking van de jaarcijfers van de zorgverzekeraars met hierbij aandacht voor afwijkende waarden. De NZa zal volgend jaar het stevigere handhavingbeleid voortzetten.

### *Zorgverzekeraars moeten hun fraudebeleid intensiveren*

In hetzelfde rapport als hierboven genoemd, constateert de NZa dat zorgverzekeraars meer werk moeten maken van materiële controles en van het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik, ook wel zorgfraude genoemd.

De NZa vindt dat de zorgverzekeraars beter sturing moeten geven aan het tijdig opstarten en afronden van *materiële controles* (dat wil zeggen of de zorg die gedeclareerd wordt ook echt geleverd is), waaronder de materiële controles gericht op medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg. Spiegelinformatie en datamining moeten verder worden uitgerold en signalen meer gestructureerd worden opgepakt. Voor 16 zorgverzekeraars loopt er een verbetertraject vanuit het onderzoek 2010.

De NZa heeft, naar aanleiding van het onderzoek 2011, 2 informatieverzoeken, inclusief herstelplannen, opgelegd aan de zorgverzekeraars die de materiële controles onvoldoende hebben uitgevoerd.

De NZa geeft aan dat zorgverzekeraars in toenemende mate activiteiten voor de *bestrijding van zorgfraude* ontplooiën. Wel is de NZa van mening dat de bestrijding van zorgfraude nog meer aandacht behoeft en de zorgverzekeraars de bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik moeten verbeteren. De belangrijkste verbeterpunten zijn de verhoging van de capaciteit en het toepassen van moderne controlemethodieken (waaronder datamining en de verdere uitrol van spiegelinformatie), een meer planmatige aanpak en het stringenter toepassen van maatregelen na constatering van zorgfraude. De NZa heeft 14 zorgverzekeraars, die het proces onvoldoende hebben uitgevoerd, een informatieverzoek inclusief herstelplan opgelegd.

#### *Genomen maatregelen*

Op mijn verzoek heeft de NZa de laatste jaren de aandacht voor de activiteiten van zorgverzekeraars op het terrein van materiële controles en fraudeonderzoeken geïntensiveerd. Om de zorg betaalbaar te houden, is dit belangrijk. Over 2011 constateert de NZa dat er veel te verbeteren is zowel bij de materiële controle als bij de fraudebestrijding door zorgverzekeraars.

Om deze verbeteringen in te kaderen heeft de NZa op basis van de regel «*Controle en administratie zorgverzekeraars*», die op 1 januari 2013 in werking is getreden, nadere voorschriften gegeven voor de uitvoering van controles en fraudeonderzoeken. Hiermee wordt ook voorzien in de mogelijkheden van verdere inzet van formele handhavinginstrumenten, zoals boetes.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten de door de zorgaanbieders ingediende declaraties beter controleren om misbruik en oneigenlijk gebruik te voorkomen. Het toezicht hierop moet scherp zijn. Behalve door de NZa, wordt deze conclusie ook getrokken uit een uitgevoerde analyse onder regie van het ministerie van VWS. In die analyse is gekeken naar de vraag hoe controle en toezicht kunnen voorkomen dat declaraties voor ziekenhuiszorg die niet voldoen aan de wettelijke voorwaarden uit het Zorgverzekeringsfonds, worden vergoed. Als controlesystemen onvoldoende werken, neemt de kans toe dat niet correcte declaraties er door heen glippen, waardoor uiteindelijk de betaalbaarheid en het imago van de zorg worden aangetast. Er is dus een collectief belang om te zorgen dat er goed wordt gecontroleerd of ingediende declaraties correct, rechtmatig en doelmatig zijn en dat er scherp toezicht hierop wordt uitgeoefend.

Er staan zowel vanuit ZN, de Nza, als vanuit het ministerie van VWS mede naar aanleiding van bovenstaande analyse diverse activiteiten op het programma om verbeteringen in de controle op declaraties te bereiken. Zo zullen de brancheorganisaties van zorgaanbieders in toenemende mate worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor correct declareren en hoe dat beter in te vullen. Een andere verbetering waar ik belang aan hecht is het betrekken van patiënten bij de controle. Hiertoe is het van belang dat zorgnota's die zorgverzekeraars aan hun verzekerden verstrekken, winnen aan helderheid. Ik zal uw Kamer volgens afspraak over de voortgang op dit punt dit voorjaar informeren.

Voorts zij opgemerkt dat de NZa ook «gepast gebruik» in het Protocol vereveningsonderzoek heeft opgenomen. De NZa heeft ervoor gekozen

om het toezicht op gepast gebruik in fases in te voeren. Hierdoor hebben partijen de gelegenheid om hun rol beter op te pakken. Ik verwijs voorts in dit verband kortheidshalve naar mijn antwoorden van 12-03-2013 op de Kamervragen Bouwmeester over gebrek aan controle van ziekenhuisdeclaraties door zorgverzekeraars (2013Z02444).

#### *Ketenaanpak*

Het voorgaande laat onverlet dat een brede aanpak nodig is om onze zorg betaalbaar te houden. In de eerste plaats is het van belang dat alle partijen in die keten hun rol actief oppakken en in de tweede plaats, zoals onder andere het onderzoek van de NZa laat zien, dat de ketenpartijen meer werk maken van «de achterkant» van die keten: van correct declareren, via formele controles en materiële controles tot en met fraudeonderzoeken. Vanuit mijn verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van het stelsel, schets ik u hieronder hoe ik werk aan versterken van de ketenaanpak.

Als voorbeeld van een succesvolle ketenaanpak, waarin alle betrokken partijen actief hun rol hebben opgepakt, kan de casus EuroPsyche dienen. In februari 2012 kwam de Stichting EuroPsyche in het nieuws vanwege haar declaratiegedrag en vanwege vraagtekens over de kwaliteit van de geleverde zorg. Verschillende zorgverzekeraars hebben, mede naar aanleiding van de berichtgeving in de media maar deels ook al daarvóór, grondig onderzoek ingesteld naar de werkwijze van deze zorgaanbieder, en in afwachting van dat onderzoek het uitkeren van declaraties stopgezet. De rechter heeft de zorgverzekeraars hierin in het gelijk gesteld. Zowel de NZa als de IGZ hebben op verzoek van VWS een onderzoek ingesteld naar EuroPsyche. Beide toezichthouders brachten daarbij een aantal knelpunten in het stelsel aan het licht, voor de NZa gaven de uitkomsten aanleiding tot een vervolgonderzoek bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Tevens is de NZa op mijn verzoek bezig om de geldende publiekrechtelijke regelgeving omtrent het declareren aan te scherpen en eenduidiger te maken, voor zover deze regelgeving onder haar verantwoordelijkheid valt. De IGZ heb ik gevraagd om mij te adviseren over het hoofdbehandelaarschap in de ggz, het CVZ heb ik zoals u weet gevraagd om mij te adviseren over de pakketaanspraken. Kortheidshalve verwijs ik u voor een uitgebreidere toelichting op deze trajecten naar mijn brief van 20 maart j.l. (CZ-3152987), waarin ik u schriftelijk heb geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot «EuroPsyche».

#### *Verbetering zorgfraudeaanpak*

Onder regie van VWS heeft ruim drie jaar de Regiegroep verbetering zorgfraudebestrijding gefunctioneerd. Resultaten van de werkzaamheden van deze regiegroep zijn o.a. het op gang brengen van de aanpak van fraude met persoonsgebonden budgetten, het uitvoeren van een risicoanalyse op fraude in de AWBZ zorg in natura en het uitvoeren van een onderzoek naar data-mining als techniek voor zorgverzekeraars om fraude op te sporen.

Met de partners in deze regiegroep is onlangs besloten de onderlinge samenwerking te intensiveren en vast te leggen in een convenant. Naast VWS, hebben de NZa, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), Belastingdienst, Openbaar Ministerie (OM) en het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) hun handtekening gezet. Het convenant regelt de oprichting van de *Taskforce Integriteit Zorgsector*.

Doel van deze taskforce is het verbeteren van de preventie, detectie en repressie van zorgfraude. In een beleidsagenda heeft de taskforce de concrete actiepunten neergelegd waar de komende periode aan gewerkt wordt. Dit zijn onder andere: het uitvoeren van risicoanalyses op fraude in de ggz en de medisch specialistische zorg; het uitvoering geven aan de maatregelen die zijn voorgesteld in de risicoanalyse op fraude in de AWBZ zorg in natura (early warning door cliëntenorganisaties, landelijk screeningsysteem voor zorgaanbieders, betere juridische positionering van het ClZ); meer aandacht voor preventie door onder andere het tegengaan van fraudegevoeligheid van wet- en regelgeving; het stimuleren van zorgverzekeraars in het uitvoeren van materiële controles en fraudeonderzoeken en tenslotte het oprichten van een gezamenlijke projectorganisatie van toezicht & opsporing voor het analyseren en opwerken van meldingen over zorgfraude.

Graag benadruk ik dat voor mij de aanpak van zorgfraude een prioriteit is. Fraude zet de betaalbaarheid van de zorg verder onder druk. Meer preventie, betere controle en scherper toezicht zijn nodig om dit probleem goed aan te kunnen pakken.

Ik vertrouw erop dat ik u op deze wijze voldoende heb geïnformeerd.

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