

Vergaderjaar 2013–2014

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 52

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 24 oktober 2013

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen voorgelegd aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 12 juni 2013 van de Minister van Veiligheid en Justitie over het overzicht van het aantal zorgfraudezaken dat door de FIOD onder leiding van het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie is verricht (Kamerstuk 28 828, nr. 48).

De Minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 23 oktober 2013. Vragen en antwoorden, voorzien van een inleiding, zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Neppérus

De griffier van de commissie,
Teunissen

Inleiding

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bestond er behoefte vragen voor te leggen aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over een brief van 12 juni 2013 (Kamerstuk 28 828, nr. 48) van mijn ambtgenoot van Veiligheid en Justitie (VenJ) over fraudebestrijding in de zorg. Hierbij stuur ik u mede namens mijn ambtgenoot van VenJ de antwoorden op deze vragen. Aanvullend op de antwoorden treft u een bijlage aan waarin de diverse partijen die betrokken zijn bij de bestrijding van fraude in de zorg in beeld zijn gebracht¹.

Vragen met antwoorden

Vraag 1

Bent u bekend met de werkgroep fraudebestrijding onder leiding van dhr. Bob Hoogenboom, hoogleraar fraude en regulering? Wat is uw mening hierover?

Antwoord 1

In de brief van 3 juli jl². heeft de Minister van VenJ, mede namens onder andere de Minister van VWS aangegeven dat dit initiatief prima aansluit op de al lopende trajecten zoals die in de brief staan beschreven. Bij de huidige versterking van de fraudeaanpak door het kabinet zal rekening worden gehouden met de ervaringen die op lokaal niveau (zoals in de gemeente Amsterdam) worden opgedaan met slimme methodieken om eerder en beter zicht te krijgen op frauduleuze praktijken en misbruik van overheidsregelingen.

Vraag 2

Wordt er na het opleggen van een bestuurlijke boete (bestuursrechtelijke afdoening) extra controle uitgeoefend door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) bij deze zorgaanbieders? In welke vorm wordt deze extra controle uitgevoerd? Welke bestuursrechtelijke instrumenten heeft de NZa? Wanneer wordt er een bestuurlijke boete opgelegd, en wanneer wordt er voor een nader toezichtsonderzoek gekozen door de NZa? In hoeveel gevallen werd een bestuurlijke boete opgelegd, en hoe hoog zijn/waren die?

Antwoord 2

De NZa heeft naast de informele instrumenten, die ook een belangrijk deel van het toezicht vormen, de beschikking over de volgende bestuursrechtelijke instrumenten:

- 1) De aanwijzing
- 2) De last onder dwangsom
- 3) De bestuurlijke boete

Formeel beschikt de NZa ook over de bevoegdheid om een last onder bestuursdwang op te leggen, maar de aard van het toezicht leent zich niet voor toepassing daarvan. Bestuursdwang houdt immers in dat de toezichthouder zelf de onrechtmatige situatie herstelt. Dat zal een toezichthouder niet kunnen als het gaat om herstel van onrechtmatige declaraties door zorgaanbieders.

De sancties onder 1 en 2 zijn bedoeld om een onrechtmatige situatie te beëindigen dan wel te voorkomen voor de toekomst (reparatoire sancties). De bestuurlijke boete is bedoeld om onrechtmatig gedrag uit

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

² Kamerstuk 29 911, nr. 82

het verleden te bestraffen. Er is dus vanuit het doel van de sanctie geen reden om na het opleggen een boete te blijven controleren, dat past naar zijn aard meer bij de reparatoire sancties. Als er een signaal binnen komt dat na een boete recidive plaatsvindt, is dat wel een reden om nog strenger op te treden tegen die aanbieder. Vaak worden een boete en een aanwijzing of last onder dwangsom ook samen opgelegd.

De NZa start een nader toezichtsonderzoek als zij, gezien haar prioriteitsstelling en het toepasselijke toezichtarrangement, vermoedt dat er sprake is van een overtreding die met een bestuursrechtelijke sanctie beëindigd dan wel bestraft zou moeten worden. Het toezichtarrangement is de combinatie van instrumenten, die de NZa heeft besloten toe te passen om een probleem aan te pakken.

De bestuurlijke boete wordt opgelegd als er overtreding heeft plaatsgevonden die zodanig ernstig is dat deze bestraft moet worden. In eerste instantie werkt het stelsel in de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zo dat onrechtmatig handelen van aanbieders zou moeten worden herkend door zorgverzekeraars en door hen civielrechtelijk aangepakt zou moeten worden (via stopzetten uitbetalingen, terugvorderingen en aangepaste inkoop). Als daarmee vanuit een oogpunt van generieke of specifieke preventie niet volstaan zou moeten worden, kan er ook bestuursrechtelijk dan wel strafrechtelijk worden opgetreden. De strafrechtelijke maatregelen gelden dan als ultimum remedium. Bestuurlijke boetes zijn in het algemeen eenvoudiger op te leggen. Strafrechtelijke maatregelen hebben meer impact.

Voor onrechtmatig handelen van verzekeraars geldt dat de NZa direct aanzet is om bestuursrechtelijk op te treden.

In de afgelopen twee jaar heeft de NZa in vier gevallen een bestuurlijke boete opgelegd. Deze variëren in omvang van 100.000 tot 810.000 euro. Daarnaast heeft de NZa nog enkele tientallen aanwijzingen en drie lasten onder dwangsom, waarvan de hoogste voor een bedrag van 180.000 euro opgelegd.

Vraag 3

Hoeveel fraudezaken worden jaarlijks door de politie afgehandeld? Kunnen voorbeelden worden gegeven? Kan inzicht gegeven worden in de uitkomst en afwikkeling van de naar de politie doorgestuurde signalen van fraude? In hoeveel gevallen heeft dit geleid tot een transactievoorstel? Hoeveel meer eenvoudige zorgfraudezaken zijn er momenteel bij de politie in behandeling?

Antwoord 3

In het debat van 23 mei jl. (Handelingen II 2012/13, nr. 86, item 4, blz. 4–20 en item 8, blz. 26–61) over fraude in de zorg heeft de Minister van VenJ uw Kamer toegezegd om een overzicht te sturen van het aantal zorgfraudezaken dat door de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD) onder leiding van het Functioneel Parket van het OM is verricht. Aan deze toezegging is gestalte gegeven in de brief van 12 juni 2013³. Aanvullend heeft de Minister van VenJ aan de Kamer toegezegd om voor de begrotingsbehandeling van VenJ een overzicht te sturen van het aantal aangedragen zorgfraudezaken door verzekeraars, het aantal aangehangen zorgfraudezaken door het OM en het aantal veroordelingen dat als zorgfraude beschouwd kan worden. Het aantal zaken van het persoonsgebonden budget (pgb)-team van de Inspectie SZW is met een uitgebreide toelichting opgenomen in de beantwoording van vraag 22. De inzet van de politie op zorgfraude is gedeeltelijk gericht op signalen van pgb-fraude, maar ook op oplichting of verduistering met andere gelden binnen het

³ Kamerstuk 28 828, nr. 48

zorgverzekeringsstelsel. Dit gebeurt binnen de capaciteit die beschikbaar is voor financieel-economische criminaliteit en waarmee ook andere fraudevormen worden aangepakt. In het convenant verzekeringsfraude, dat is afgesloten tussen het Verbond van Verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Politie en het Openbaar Ministerie (OM), hebben de zorgverzekeraars een aantal thema's benoemd waarvoor men in voorkomende gevallen om de inzet van strafrechtelijke opsporings- en vervolgingscapaciteit zal vragen.

Aangezien zorgfraude verschillende verschijningsvormen kent wordt zorgfraude op grond van diverse strafrechtelijke delicten vervolgd zoals valsheid in geschrifte en oplichting. De term zorgfraude is in de bedrijfs-processensystemen geen registratiekenmerk. Zoals eerder met uw Kamer besproken, maakt dit het moeilijk om een sluitend overzicht te maken van het aantal zaken dat door de verschillende politie-eenheden in afstemming met de desbetreffende arrondissementsparketten is opgepakt.

In 2012 heeft het kenniscentrum Fraudebeheersing in de zorg van ZN 21 signalen gemeld aan de NZa⁴. De NZa kan met verschillende bestuursrechtelijke instrumenten optreden. In geval van ernstige fraude worden de signalen besproken in het tripartite-overleg met daarin het Functioneel Parket, de FIOD en de NZa. Signalen die geen betrekking hebben op ernstige fraude en waarbij door de NZa niet bestuursrechtelijk wordt opgetreden kunnen door de NZa worden overgedragen aan de politie.

Een uitgebreide inventarisatie binnen het OM over de periode tussen 2011 en medio 2013, leidt tot het inzicht dat door de verschillende politie-eenheden in totaal 22 zorgfraudezaken werden opgepakt. In 17 gevallen ging het om PGB-fraude en de overige zaken richtten zich op andere vormen van oplichting of verduistering binnen het zorgverzekeringsstelsel. Negen zaken zijn nog in onderzoek, 4 zaken zijn in de fase van zittingsvoorbereiding en 2 bevinden zich in de vervolgingsfase. In 5 zaken is een straf opgelegd, variërend van 30 maanden gevangenisstraf met aftrek van voorarrest en toegewezen ontnemingsvordering van € 3,1 miljoen, tot een geldboete van € 1.300 als onderdeel van een transactie voor het indienen van een valse declaratie. Twee zaken leidden tot een sepot.

Vraag 4

Kan inzicht gegeven worden in de definiëring van georganiseerd frauduleus handelen? Wanneer wordt frauduleus handelen aangemerkt als zijnde georganiseerd?

Antwoord 4

Onder georganiseerd frauduleus handelen wordt over het algemeen verstaan een bedrijfsmatig opereren dat uitsluitend is gericht op de verwezenlijking van wederrechtelijk verkregen financieel gewin. Denk aan een malafide zorgbureau dat uitsluitend is opgericht om pgb-fraude te plegen. De term wordt gebruikt om aan te geven dat sprake is van zware criminaliteit.

Vraag 5

Zijn de in de brief beschreven zorgfraudes onderwerp van aandacht bij de werkgroep fraudebestrijding? Worden signalen van zorgfraude gedeeld met deze werkgroep?

⁴ Het kenniscentrum Fraudebeheersing in de zorg is opgericht in 2012.

Antwoord 5

Veronderstellend dat met «de werkgroep fraudebestrijding» wordt bedoeld op de Taskforce Integriteit Zorgsector⁵ (TIZ), kan worden opgemerkt dat de in de brief beschreven zorgfraudes daar inderdaad onderwerp van aandacht zijn. In de TIZ worden bestuurlijke rapportages gedeeld die zijn opgesteld door opsporingsdiensten en het OM. In die bestuurlijke rapportages wordt op geaggregeerd niveau, zonder dat dit de opsporingsonderzoeken in gevaar brengt, kennis uit de opsporing gedeeld met alle partners ter verbetering van de bestrijding van zorgfraude. Voorbeelden hiervan zijn onder andere: «Bestuurlijke rapportage Marque» van het OM van maart 2011 en «Het fenomeenonderzoek pgb-fraude in Nederland» uitgevoerd door de FIOD, het Functioneel Parket en de Inspectie SZW, van 24 augustus 2012.

Vraag 6

Wanneer worden fraudesignalen gedeeld met de NZa, en wat zijn daar de criteria voor?

Antwoord 6

Sinds 1 februari 2013 is er bij de NZa een landelijk verzamelpunt voor meldingen van fraude waar zorgaanbieders bij betrokken zijn van start gegaan. Aangesloten opsporingsdiensten en toezichthouders kunnen signalen die mogelijk wijzen op onregelmatigheden sindsdien melden bij dit verzamelpunt. Het verzamelpunt zorgt er vervolgens zo nodig voor dat het signaal bij de juiste instantie terecht komt voor nader onderzoek (distributiefunctie). Deelnemers zijn: de FIOD, de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ), de Inspectie SZW, ZN en de NZa. Met dit systeem maakt de NZa mogelijk dat de signalen op de juiste plek terecht komen en daar opgepakt kunnen worden. Signalen van onregelmatigheden worden dan vroegtijdig zichtbaar. Hierdoor ontstaat een overzicht van fraudemeldingen, waarmee patronen kunnen worden ontdekt en verbanden worden gelegd. Bovendien is op deze manier altijd eerst sprake van meldingen van signalen alvorens eventueel aangifte gedaan wordt.

Vraag 7

Waarom wordt onderscheid gemaakt tussen fraude en ernstige fraude? Geeft dat geen verkeerd signaal? Welke criteria worden gebruikt om te bepalen wanneer fraude ernstig is, bestaat er daarbij samenhang met de grootte van het fraudebedrag, en wie bepaalt dat uiteindelijk? In de bijlage worden de aantallen fraudesignalen genoemd die besproken zijn in het tripartite-overleg. Waarom zijn deze aantallen zo laag?

Antwoord 7

Fraude is ontoelaatbaar en dient dan ook met alle instrumenten, bestuursrechtelijke, civielrechtelijke en strafrechtelijke, te worden bestreden. Het onderscheid tussen fraude en ernstige fraude wordt in de handhavingspraktijk gemaakt om per signaal te bepalen welk instrument het beste kan worden ingezet. Onder ernstige fraude wordt ook wel complexe en geraffineerde fraude verstaan. Daarbij is veelal sprake van georganiseerd frauduleus handelen of ondermijning van het zorgstelsel. Bij dergelijke gevallen van ernstige fraude is veelal specifieke expertise nodig bij de opsporing en vervolging. In het tripartite-overleg wordt beslist of sprake is van ernstige fraude, voor de opsporing waarvan specialistische kennis nodig is. Bij de FIOD, de Inspectie SZW en het Functioneel Parket is de specialistische kennis aanwezig die nodig is voor opsporing en vervolging

⁵ Partners die deelnemen in de taskforce: VWS, NZa, Inspectie voor de Gezondheidszorg, ZN, Inspectie SZW, FIOD, Belastingdienst, OM en het CIJ. Doel van deze taskforce is het verbeteren van de preventie, detectie en repressie van zorgfraude.

van ernstige vormen van zorgfraude. Er is geen drempelbedrag dat het onderscheid bepaalt tussen eenvoudige fraude en ernstige fraude. Belangrijkste criterium is de mate van expertise die nodig is voor de opsporing en vervolging. Ook de omvang van de fraude wordt meegewogen.

Wat betreft uw vraag over de aantallen fraudesignalen in de bijlage bij de brief verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 27.

Vraag 8

Er wordt aangegeven dat in het tripartite-overleg wordt bekeken welke zaken bestuursrechtelijk en welke strafrechtelijk worden onderzocht. Wordt deze keuze niet wettelijk bepaald? Hoe vaak vindt het tripartite-overleg plaats?

Antwoord 8

Overtreding van wetgeving op grond waarvan de NZa haar rol als toezichthouder uitvoert, is over het algemeen zowel bestuursrechtelijk als strafrechtelijk handhaafbaar; er is sprake van een duaal stelsel van handhaving. Op grond van het protocol tussen het Functioneel Parket, de FIOD en de NZa («over de wijze van behandeling van aangelegenheden van wederzijds belang en het verzamelen van informatie ten behoeve daarvan») wordt eens per zes weken een tripartite-overleg tussen het Functioneel Parket, de FIOD en de NZa belegd. In dit overleg worden fraudesignalen besproken en wordt – om samenloop tussen straf- en bestuursrecht te voorkomen – besloten of, en zo ja onder welk regime, een fraudesignaal voldoende aanleiding geeft voor nader onderzoek.

Vraag 9

Is declaratiefraude ook onderdeel van de Strategienota 2012–2015?

Antwoord 9

In de Strategienota 2012–2015 van het Functioneel Parket wordt «criminaliteit die de integriteit van stelsels aantast» als prioriteit genoemd. De focus van het Functioneel Parket ligt hierbij op witwassen, faciliteerders, integriteitsproblemen bij de semi-overheid, faillissementsfraude en subsidiefraude ten koste van sociaal zwakkeren, zoals fraude met persoonsgebonden budgetten (pgb's). Declaratiefraude wordt, afhankelijk van de omvang en het specifieke geval, gezien als een fraudevorm die de integriteit van het zorgstelsel aantast.

Vraag 10

Hoeveel fraudegeld wordt jaarlijks teruggevorderd, en hoeveel bedroeg dit in vorige jaren?

Antwoord 10

In 2012 hebben zorgverzekeraars in totaal van 813 onderzoekswaardige fraudesignalen het onderzoek kunnen afsluiten. Zorgverzekeraars hebben uiteindelijk voor € 6 miljoen aan fraude vastgesteld (bewezen fraude). Voor € 9,5 miljoen bleef het vermoeden van fraude overeind, maar kon de fraude niet worden bewezen. Voor € 370.000 bleek het uiteindelijk om een fout te gaan, en was er geen sprake van fraude. De meeste onderzoekscapaciteit is gestoken in de AWBZ en de GGZ (Zvw).

Genoemde bedragen worden altijd teruggevorderd, maar dat betekent niet dat er ook altijd terugbetaald wordt. Het terugvorderen is vaak een langlopende juridische procedure en ook afhankelijk van de vraag of het geld inmiddels niet is weggesluisd. De besparing zit hem vaak ook in het feit dat zorgverzekeraars stoppen met betalingen.

In eerdere jaren was alleen de vastgestelde fraude bekend:

2011: € 7,7 miljoen

2010: € 6,2 miljoen

2009: € 7,5 miljoen

In het controleproces wijzen zorgverzekeraars veel nota's af. Zo bedraagt in 2012 de geschatte besparing van controles vóór betaling van de declaratie € 1 miljard. De besparing van controles na betaling van de declaratie bedraagt € 198 miljoen. Bij deze afwijzingen worden zonder twijfel ook frauduleuze declaraties «in de kiem gesmoord». Voor meer informatie verwijst ik u naar het Persbericht en de Toelichting op persbericht van ZN, d.d. 11 juli 2013 (zie bijlagen)⁶.

Vraag 11

Kan een overzicht worden verschaft van het aantal fraudezaken, uitgesplitst per zorgsector van 2000 t/m 2013?

Antwoord 11

Ik verwijst u naar mijn antwoord op vraag 3.

Vraag 12

Zijn er verschillen van fraude in de regio's? Zo ja, wat is de verklaring hiervoor?

Antwoord 12

Of in verschillende regio's verschillende zorgfraude cijfers of vormen van zorgfraude voorkomen is niet onderzocht. Er is geen aanleiding te veronderstellen dat dergelijke verschillen bestaan anders dan een te verwachten verschil per regio afhankelijk van de bevolkingsdichtheid.

Vraag 13

Hoeveel fraudebestrijders hebben de verzekeraars, en kan dit per verzekeraar worden uitgesplitst?

Antwoord 13

Over 2011 bedroeg de capaciteit fraudebestrijders bij zorgverzekeraars 79 fte. Uitsplitsingen per zorgverzekeraar communiceert ZN niet, dat is aan de individuele zorgverzekeraars zelf. Vanaf 2013 wordt het aantal fte's door ZN – om twee redenen – niet meer opgevraagd bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars organiseren fraudebeheersing ieder op hun eigen manier, waardoor het uitvragen van capaciteit fraudebestrijders per zorgverzekeraar geen vergelijkbare informatie oplevert. Ook het uitgangspunt dat fraudebeheersingsactiviteiten zoveel mogelijk moeten zijn geïntegreerd in de «lijnwerkzaamheden» maakt het lastig om alle inzet op dit vlak in fte's uit te drukken. Het gaat niet alleen om het fraudeteam, maar zeker ook om activiteiten van controleafdelingen of callcenters. Dit is soms lastig te vertalen naar fte's. Uit gesprekken met verschillende verzekeraars begrijp ik dat het aantal fte's dat zich bezighoudt met onjuist declareren en fraudeonderzoek bij zorgverzekeraars fors is uitgebreid.

Vraag 14

Hoeveel fraudemeldingen hebben de verschillende zorgverzekeraars gekregen, en wat is daarmee gebeurd?

Antwoord 14

Zorgverzekeraars doen onderzoek naar signalen van fraude die zij als «onderzoekswaardig» beoordelen. Als dat zo is, starten zij een fraudeonderzoek waarin onderzocht wordt of er sprake is van het overtreden van een regel, wederrechtelijk verkregen voordeel en bewust handelen. In 2012 hebben zorgverzekeraars (waaronder ook zorgkantoren) in totaal van 813 onderzoekswaardige fraudesignalen het onderzoek kunnen afsluiten.

⁶ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

Afhankelijk van het onderzoeksresultaat (fraude bewezen; fraudevermoeden, maar niet kunnen bewijzen; fout, maar geen fraude; geen fraude; overig) zijn de maatregelen bepaald en genomen, zoals:

- terugvordering (wordt altijd gedaan bij onterechte declaraties, ook als het geen fraude is);
- waarschuwing;
- interne signalering (om andere afdelingen bij de zorgverzekeraar te waarschuwen);
- voor verzekerden het opzeggen van de betreffende verzekering of alle verzekeringen;
- voor zorgaanbieders het opzeggen van de overeenkomst;
- de fraudeur registreren in een waarschuwingssysteem om andere verzekeraars te waarschuwen en/of
- een verzoek richten aan ZN om bestuursrechtelijk of strafrechtelijk op te treden tegen de fraudeur. ZN zet dit verzoek vervolgens door naar de NZa als het zorgaanbieders betreft (de NZa besluit vervolgens om al dan niet bestuursrechtelijk op te treden of om het verzoek te bespreken in het tripartite-overleg met Functioneel Parket en FIOD) en naar het Verbond van Verzekeraars als het anderen betreft (het Verbond zet de verzoeken door naar het Fraudemeldpunt van het OM en de Bovenregionale Recherche NON).

Voor nadere informatie verwijs ik u naar het Persbericht en de Toelichting op persbericht van ZN, d.d. 11 juli 2013 (zie bijlagen)⁷.

Vraag 15

Hoeveel uur inzet kost het opsporen en voor de rechter brengen van een fraudezaak?

Antwoord 15

Elke fraudezaak is verschillend. Het is dan ook niet mogelijk om aan te geven hoeveel uur het kost om een fraudezaak op te sporen en voor de rechter te brengen. Dit heeft te maken met de aard van de fraude, de hoeveelheid betrokkenen en de vraag of er bijvoorbeeld sprake is van een internationale component in het onderzoek. Het feit dat opsporing van zorgfraude te maken kan krijgen met het medisch beroepsgeheim zorgt ervoor dat zorgfraudeonderzoeken over het algemeen veel tijd vragen. De strafrechtelijke waarborgen betreffende het gebruik van gegevens die vallen onder het medisch beroepsgeheim kunnen een strafrechtelijk onderzoek ernstig vertragen. In de beantwoording van het Verslag Schriftelijk Overleg van de Commissie VWS naar aanleiding van een brief van 16 januari 2013 inzake het onderzoeksrapport medisch beroepsgeheim die u recent heeft ontvangen ben ik hier nader op ingegaan. Bij de inrichting van het tijdelijke pgb-team bij de Inspectie SZW is vooraf uitgegaan van een gemiddeld aantal opsporingsuren van 4.000 uur per pgb fraudezaak, dat aantal is ook genoemd in het fraudedebat van 23 mei. De inzet van het OM om leiding te geven aan het opsporingsonderzoek en daarnaast de zaak zittingsklaar te maken, mogelijk aanwezige slachtoffers of benadeelden te informeren, de dagvaarding uit te brengen, de zaak ter terechtzitting te bepleiten en het aanbrengen van een ontnemingsvordering is daarin nog niet meegenomen.

Vraag 16

Hoeveel rechercheurs zijn er, en hoeveel waren dit in voorgaande jaren?

Antwoord 16

De FIOD heeft in 2012 18.000 uur opsporingscapaciteit voor zorgfraude ingezet.

⁷ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

De Inspectie SZW heeft voor 2013 en 2014 voor het pgb-fraudeteam 22 rechercheurs ter beschikking gesteld. In mijn brief «eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding: plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg» heb ik laten weten dat voor de intensivering van toezicht en opsporing in 2014 € 5 miljoen beschikbaar is en in 2015 en latere jaren € 10 miljoen. Voor wat betreft de inzet van politierechercheurs is geen overzicht beschikbaar. Voor het specialisme «financieel economische expertise» groeit de capaciteit bij de nationale politie met ingang van 1 januari 2015 met 585 fte naar een totaal van 1156 fte. Binnen iedere regionale eenheid /dienst regionale recherche wordt er een team Financieel-Economische Criminaliteit (FinEc) gevormd voor een stevigere aanpak van financieel-economische criminaliteit in de regio.

Vraag 17

Hoeveel meldingen van vermoedelijke fraude zijn er centraal gemeld bij Zorgverzekeraars Nederland (ZN)? Om welke bedragen ging het daarbij?

Antwoord 17

Ik verwijs u hiervoor naar de antwoorden op de vragen 10 en 14.

Vraag 18

Hoeveel van de door ZN ontvangen meldingen zijn er doorgeleid naar de NZa? Om welke bedragen ging het daarbij?

Antwoord 18

Van de 813 afgesloten fraudeonderzoeken in 2012 heeft ZN (namens de zorgverzekeraars) in 21 gevallen een verzoek gedaan aan de NZa. Zoals in het antwoord op vraag 14 aan de orde kwam, besluit de NZa vervolgens of het de melding zelf kan afdoen (bestuursrechtelijk) of als daartoe aanleiding bestaat de melding te bespreken in het tripartite-overleg met Functioneel Parket en FIOD voor eventuele strafrechtelijke of bestuursrechtelijke afdoening, of, als het om pgb-fraude gaat, bilateraal met de Inspectie SZW. De bedragen die met name betrekking hebben op onterecht gedeclareerde bedragen zijn wisselend waarbij het totale bedrag uitkomt op circa € 1.800.000.

Vraag 19

Kunt u een overzicht sturen van het aantal fraudemeldingen die per jaar per zorgverzekeraar zijn gemeld?

Antwoord 19

Het is mij niet bekend hoeveel fraudemeldingen per jaar per zorgverzekeraar zijn gemeld. Het is aan zorgverzekeraars zelf om dit eventueel te communiceren.

Vraag 20

Hoe verklaart u het lage aantal signalen van fraude, terwijl er sprake is van grootschalige fraude in de zorg?

Antwoord 20

De totale omvang van zorgfraude is onbekend. In mijn brief van 15 mei 2013 aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven dat ik de NZa heb gevraagd om samen met externe experts een onderzoek naar de omvang van fraude zo snel mogelijk uit te voeren. Dit onderzoek betreft de cure en de care. Het is dus niet bekend of het aantal signalen van fraude als hoog of laag is te betitelen.

Voorts is het volgende van belang. Zorgverzekeraars controleren per jaar honderden miljoenen declaraties. Zorgverzekeraars hebben daartoe meerdere vormen van controle. Controles voordat de declaratie wordt uitbetaald en controles die na de betaling van de declaratie plaatsvinden.

In dit controleproces wijzen zorgverzekeraars veel nota's af. Zo bedraagt in 2012 de geschatte besparing van controles vóór betaling van de declaratie € 1 miljard. De besparing van controles na betaling van de declaratie bedraagt € 198 miljoen. Bij deze afwijzingen worden zonder twijfel ook frauduleuze declaraties «in de kiem gesmoord». Voor nadere informatie verwijs ik u naar het Persbericht en de Toelichting op persbericht van ZN, d.d. 11 juli 2013 (zie bijlagen)⁸.

Vraag 21

Op basis waarvan wordt besloten om over te gaan tot een strafrechtelijk onderzoek? Kunnen voorbeelden worden gegeven? Waarom wordt niet altijd wanneer er fraude wordt geconstateerd overgegaan tot een strafrechtelijk onderzoek? Hoeveel tijd kost een strafrechtelijk onderzoek naar fraude gemiddeld?

Antwoord 21

Met verschillende instrumenten, bestuursrechtelijke, civielrechtelijke en strafrechtelijke, kan tegen fraude worden opgetreden. Voor wat betreft de zwaardere zorgfraudesignalen, die worden besproken in de selectie-overleggen met het Functioneel Parket en de bijzondere opsporingsdiensten (FIOD en Inspectie SZW), geldt dat het van de specifieke kenmerken van een zorgfraudesignaal afhangt of tot strafrechtelijk onderzoek wordt overgegaan. Conform de uitgangspunten van het opportuniteitsbeginsel worden door het Functioneel Parket aspecten afgewogen als bijvoorbeeld de aanwezigheid van een redelijk vermoeden van een strafbaar feit, recidive, een gecompliceerd fraudesignaal waarvoor gespecialiseerde rechercheurs nodig zijn, het vermoeden van groot financieel nadeel en/of het vermoeden van georganiseerde fraude die zorgt voor ondermijning van het zorgstelsel en maatschappelijke onrust. Andere aspecten kunnen ook een rol spelen.

Voor wat betreft zorgfraudezaken van meer eenvoudige aard en waarvan het signaal bij de politie (of een arrondissementsparket) terecht komt, geldt ook dat de specifieke kenmerken van elk individueel signaal worden beoordeeld bij de beslissing om al dan niet tot strafrechtelijk onderzoek over te gaan. In de nadere uitwerking van het Convenant Aanpak Verzekeringsfraude, dat is afgesloten tussen het Verbond van Verzekeraars, ZN, Politie en het OM, hebben de zorgverzekeraars zelf een aantal thema's benoemd waarvoor ze in voorkomende gevallen om strafrechtelijke opsporing en vervolging door politie en arrondissementsparket vragen. Afspraak is dat fraudesignalen die niet onder deze thema's vallen in beginsel zelf door de zorgverzekeraars worden afgedaan, bijvoorbeeld civielrechtelijk.

Voor een antwoord op uw vraag hoeveel tijd een strafrechtelijk onderzoek naar fraude gemiddeld kost verwijs ik u naar het antwoord op vraag 15.

Vraag 22

Is het voor de periode 2013–2014 ingerichte pgb-fraudeteam aangesloten bij de werkgroep fraudebestrijding? Welke personen nemen deel aan het pgb-fraudeteam? Wat is de precieze handwijze van het pgb-fraudeteam? Waarom is besloten dat het pgb-fraudeteam maar 1 jaar werkzaam is? Hoeveel zaken heeft het pgb-fraudeteam tot dusverre opgepakt? Kunt u toelichten op welke wijze er samenwerking is tussen het tripartite-overleg en het pgb-fraudeteam? Hoeveel fraudesignalen (vanaf 2011 tot medio mei 2013) betroffen fraude met een pgb?

Antwoord 22

De Inspectie SZW maakt deel uit van de TIZ. Naar aanleiding van een samenwerkingsovereenkomst tussen het Ministerie van VWS, de Inspectie

⁸ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

SZW en het Functioneel Parket is binnen de directie Opsporing van de Inspectie SZW een speciaal pgb-fraudeteam ingesteld. Het gaat hierbij om 26 fte, waarvan in totaal 22 fte opsporingscapaciteit. De opsporingscapaciteit bestaat uit 22 rechercheurs. De overige functies bestaan onder meer uit criminaliteitsanalyse, digitale recherche en juridische ondersteuning. Voor het uitvoeren van deze strafrechtelijke pgb-onderzoeken is 23.500 opsporingsuren aan capaciteit per jaar gereserveerd voor de jaren 2013 en 2014.

De handelswijze van het pgb-fraudeteam komt overeen met de reguliere handelswijze van de researcheteams bij de directie opsporing van de Inspectie SZW. De fraudesignalen die de Inspectie SZW ontvangt worden in behandeling genomen en kunnen leiden tot een strafrechtelijk onderzoek. Dit onderzoek vindt plaats onder leiding van het Functioneel Parket. Zodra het onderzoek is afgerond wordt het proces verbaal bij het Functioneel Parket ingediend. Het Functioneel Parket beslist of de verdachten vervolgd worden en voor welke feiten.

Wat betreft uw vraag waarom het pgb-fraudeteam maar 1 jaar werkzaam is het volgende. Het kabinet heeft in 2012 besloten voor twee jaar extra geld beschikbaar te stellen om de pgb-fraude te bestrijden. Eind vorig jaar heeft de Tweede Kamer het plan voor de intensivering van aanpak pgb-fraude ontvangen. Dit plan bouwt voort op de in het verleden al genomen maatregelen, en voegt daar diverse nieuwe maatregelen aan toe. Het betreft maatregelen zoals de inrichting van een aparte opsporingseenheid voor pgb-fraude bij de Inspectie SZW, het voeren van gesprekken met cliënten die voor het eerst een indicatie met voorkeur pgb aanvragen door het CIZ en het voeren van een «bewuste keuze»-gesprek door de zorgkantoren met deze nieuwe cliënten om te bezien of pgb voor hen de meest geschikte keuze is. Ook maakt het afleggen van 30.000 huisbezoeken aan mensen die reeds een pgb hebben onderdeel van het plan uit. Daarnaast wordt een systeem van trekkingsrechten ingevoerd. De Sociale Verzekeringsbank heeft het systeem van trekkingsrechten inmiddels op uitvoeringsaspecten getoetst en hierover VWS geïnformeerd.

De Inspectie SZW voert volgens de eerdergenoemde samenwerkingsovereenkomst met het Ministerie van VWS en het Functioneel Parket tenminste 18 opsporingsonderzoeken uit naar fraude met pgb. Per 30 juni 2013 lopen er 12 strafrechtelijke onderzoeken naar pgb-fraude.

Het tripartite-overleg bespreekt alle zorgfraude signalen behalve pgb-fraude signalen. Pgb-fraude signalen komen aan de orde in een selectieoverleg tussen de Inspectie SZW en het Functioneel Parket. Het Functioneel Parket is linking pin in zowel het tripartite-overleg (overleg tussen de FIOD, de NZa en het Functioneel Parket) als in het selectieoverleg tussen de Inspectie SZW en het Functioneel Parket. Op deze manier wordt voorkomen dat er overlap zou kunnen optreden (bijvoorbeeld dat de FIOD en de Inspectie SZW zonder dat ze het van elkaar zouden weten aan dezelfde zaak werken).

Hoeveel fraudesignalen betroffen pgb-fraude? Zoals gezegd worden de ontvangen fraudesignalen door de Inspectie SZW in behandeling genomen en deze zouden dan kunnen leiden tot een strafrechtelijk onderzoek. De Inspectie SZW heeft in 2012 108 meldingen ontvangen over pgb-fraude. In 2013 heeft de Inspectie SZW tot en met 30 juni 2013 59 fraudesignalen ontvangen over pgb-fraude waarvan 12 strafrechtelijk onderzocht worden.

Met betrekking tot het laatste onderdeel van uw vraag «hoeveel fraudesignalen die leidden tot een strafrechtelijk onderzoek (vanaf 2011 tot medio mei 2013) betroffen fraude met pgb's, verwijs ik u voor wat betreft de pgb-fraudezaken die door de politie en de arrondissementsparketten zijn gedaan, naar mijn antwoord op vraag 3. Van de zaken van de FIOD waarover aan de Kamer is gerapporteerd betreffen er 2 fraude met pgb's.

Vraag 23

Hoeveel tijd zit er tussen de aangifte van een zaak en het moment dat de FIOD er een team opzet? Kan dit per individuele zaak worden aangegeven?

Antwoord 23

Over individuele zaken kunnen geen mededelingen worden gedaan. Het tripartite-overleg (Functioneel Parket, NZa en FIOD) onder leiding van de Officier van Justitie, die zo nodig beslist, beraadslaagt over de acceptatie van zaken voor opsporing. Na acceptatie van een zaak in het tripartite-overleg duurt het gemiddeld drie maanden voor een onderzoek door de FIOD wordt gestart. Dit heeft te maken met de noodzakelijke voorbereidende en organisatorische werkzaamheden, planning, evenals het beschikbaar komen van capaciteit om het onderzoek uit te voeren. In spoedeisende gevallen – hierbij moet u denken aan signalen dat er bewijsmiddelen zullen verdwijnen of dat er nog ten onrechte uitbetaalde gelden in beslag genomen kunnen worden – is deze termijn beduidend korter.

Vraag 24

Wat wordt precies verstaan onder georganiseerd frauduleus handelen of ondermijning van het zorgstelsel?

Antwoord 24

Voor het antwoord op uw vraag over georganiseerd frauduleus handelen verwijs ik u naar het antwoord op vraag 4. Bepaalde vormen van fraude betreffen dermate grove normoverschrijdingen dat de werking van het zorgstelsel als zodanig wordt bedreigd en het vertrouwen in het zorgstelsel wordt aangetast. De term «ondermijning» wordt voor dergelijke gevallen als bredere term gebruikt. Ondermijnende criminaliteit is een prioritair thema van het OM.

Vraag 25

Wat wordt verstaan onder een nader toezichtsonderzoek van de NZa? Hoeveel zaken per jaar heeft de NZa bestuursrechtelijk afgedaan?

Antwoord 25

Ik verwijs u voor de beantwoording naar het antwoord op vraag 2. Volledigheidshalve wil ik er graag op wijzen dat toezicht meer is dan alleen het opleggen van bestuursrechtelijke sancties. Ook het onderzoek doen naar normnaleving en de oorzaken daarvan, het gericht communiceren met marktpartijen en consumenten, het voeren van normoverdragende gesprekken en het beïnvloeden van gedrag via brancheorganisaties maakt vaak deel uit van een toezichtarrangement. Een nader toezichtsonderzoek bestaat uit het opvragen van informatie met informatievorderingen, het afleggen van bedrijfsbezoeken, het analyseren van analoge en digitale documenten die daarbij zijn gekopieerd en het horen van betrokkenen.

Vraag 26

Kan worden aangegeven wat het afwegingskader in het tripartite-overleg is op basis waarvan besloten wordt of zaken door de NZa bestuursrechtelijk worden afgedaan of door de FIOD strafrechtelijk worden onderzocht?

Op basis waarvan wordt besloten een zaak bestuursrechtelijk af te doen?
Kunnen voorbeelden worden gegeven?

Antwoord 26

Bij de beoordeling in het tripartite-overleg of er wordt gekozen voor een strafrechtelijk onderzoek of een andere wijze van afdoening gaat het om de feiten en omstandigheden van het concrete geval. Daarbij gaat het om het samenstel van factoren zoals aard en omvang van de fraude, de beoordeling van andere sanctie mogelijkheden, complexiteit, bewijsbaarheid als ook organisatiegraad, recidive en beschikbare capaciteit. De afspraken tussen de partijen in het tripartite-overleg betreffen geen harde normen. In het algemeen geldt dat als een zaak zodanig ernstig is dat een strafrechtelijke sanctie (waaronder mogelijk ook gevangenisstraf) is aangewezen, een zaak strafrechtelijk wordt afgedaan. Anders kan een zaak, als optreden door de overheid nodig is en dit binnen de jaarlijkse prioriteitstelling van NZa valt, ook de NZa optreden. Zie verder ook mijn antwoorden op de vragen 8 en 21.

Vraag 27

Het aantal fraudesignalen dat tot op heden in 2013 is besproken in het tripartite-overleg is 13. Dit lijkt een zeer laag aantal, gegeven de signalen die onder andere via de media worden gemeld. Kan de Minister toelichten waarom het aantal besproken signalen zo laag is? Kan worden aangegeven hoeveel fraudesignalen in de jaren 2011–2013 bij het tripartite-overleg zijn binnengekomen?

Antwoord 27

Binnenkomende fraudesignalen worden besproken in het verzamelpunt zorgfraude van de NZa. Daar wordt een inschatting gemaakt of er aanleiding kan zijn voor het instellen van een strafrechtelijk onderzoek. Zie ook de beantwoording op de vragen 21 en 26.

De signalen die in het tripartite-overleg worden besproken zijn de signalen die zodanig rijk zijn, dat ze voor mogelijke vervolging in aanmerking komen. Dat zijn vaak de signalen die van verzekeraars komen, omdat die dan al vooronderzoek gedaan hebben. Dat zijn niet meer dan enkele tientallen signalen. Van de signalen die mogelijk over onrechtmatige declaraties gaan, is het overgrote deel niet zodanig rijk. Van vele signalen is het ook niet meteen duidelijk dat het over onrechtmatig handelen gaat. Daarom wordt naar signalen in clusters gekeken, bijvoorbeeld alle signalen die gaan over onrechtmatige declaraties in de mondzorg of in de medisch specialistische zorg. Daaruit worden dan enkele harde signalen geselecteerd die het meest voor bestuursrechtelijke of strafrechtelijke aanpak in aanmerking komen. Die worden besproken in het tripartite-overleg.

In 2012 heeft de NZa in totaal 601 signalen ontvangen die mogelijk betrekking hadden op onrechtmatige declaraties, in 2013 zijn dat er tot en met mei 646. In 2011 werd niet afzonderlijk geregistreerd op deze categorie, maar het totaal aantal signalen (dus ook over bijvoorbeeld marktmacht of transparantie) was toen slechts 485, dus het aantal signalen over onrechtmatige declaraties was aanzienlijk lager. Zoals gemeld in de eerdergenoemde brief van 12 juni 2013 van de Minister van VenJ zijn in 2013 tot mei 12 zaken bij het tripartite-overleg aangemeld en besproken.

Vraag 28

U geeft de rolverdeling in fraudebestrijding aan. Zo is er de NZa, het tripartite-overleg, de pgb-fraudebestrijding en zogenaamd eenvoudige zaken worden door de politie behandeld. Dit komt versnipperd over. Wie houdt het overzicht en de coördinatie?

Antwoord 28

Ik licht de organisatie van de bestrijding van zorgfraude nogmaals toe. Toezicht vindt plaats in de vorm van intern toezicht door zorginstellingen, controle door de zorgverzekeraars (en zorgkantoren) en toezicht door de NZa. Voor wat betreft strafrechtelijke opsporing en vervolging van zorgfraude is de rolverdeling als volgt: de FIOD doet een aantal opsporingsonderzoeken naar ernstige zorgfraude die door NZa-toezicht aan het licht komen of die door de zorgverzekeraars bij het landelijk verzamelpunt van de NZa zijn gemeld. Dit betreft over het algemeen declaratiefraude in de Zvw. Binnen de directie Opsporing van de Inspectie SZW is een specifiek pgb-fraudeteam ingericht voor de periode 2013–2014. Opsporingsonderzoek door de bijzondere opsporingsdiensten FIOD en Inspectie SZW vindt plaats onder leiding en gezag van het Functioneel Parket. Meer eenvoudige fraudezaken die passen binnen de prioriteringsafspraken die voortvloeien uit het convenant Aanpak Verzekeringsfraude⁹ (tussen het Verbond van Verzekeraars, ZN, de Politie en het OM) kunnen worden opgespoord door de Politie, onder leiding en gezag van de arrondissementsparketten van het OM. Overzicht en coördinatie bestaat door de samenwerking tussen alle genoemde partijen. Door initiatieven als de TIZ en de projecten die onder die paraplu worden uitgevoerd zoals het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZB) dat dit najaar van start gaat en het verzamelpunt zorgfraude bij de NZa zal een beter overzicht over de fraudesignalen en de aanpak van zorgfraude mogelijk worden.

Vraag 29

Kan er inzicht gegeven worden in de zorgfraude die mogelijk werd gemaakt door integriteitsproblemen bij de semi-overheid?

Antwoord 29

In de brief van 12 juni 2013¹⁰ wordt het begrip «integriteitsproblemen bij de semi-overheid» aangehaald. Gedoeld wordt op de integriteitsproblematiek in semi-publieke sectoren waarin onlangs marktwerking is geïntroduceerd. Denk aan integriteitsproblemen bij bijvoorbeeld woningbouwcorporaties en in het onderwijs, waarover ook in de media is bericht. Inzicht in de gevallen van zorgfraude die in verband kunnen worden gebracht met mogelijke integriteitsproblemen in de zorgsector kunnen niet worden gegeven omdat dit niet als zodanig in de bij de opsporingsdiensten en het OM in gebruik zijnde systemen wordt geregistreerd.

Vraag 30

Kan inzage gegeven worden in welke vorm de bestuursrechtelijke afdoening of nader toezichtsonderzoek in de totaal 15 gevallen heeft plaatsgevonden? Werden er boetes gegeven? Hoe hoog waren deze boetes?

Antwoord 30

Bij vraag 2 is al beantwoord in hoeveel gevallen de NZa in de afgelopen jaren een formele sanctie heeft opgelegd in verband met onrechtmatig declareren. Dat zijn zowel aanwijzingen, lasten onder dwangsom als bestuurlijke boetes geweest, vaak ook een combinatie daarvan.

Vraag 31

Hoeveel fte's werken er aan de opsporing van zorgfraude, en hoe is de verhouding met andere fraudevormen?

⁹ Website van het Verbond van Verzekeraars

¹⁰ Kamerstuk 28 828, nr. 48

Antwoord 31

Wat betreft het antwoord op uw vraag hoeveel fte's er werken aan de opsporing van zorgfraude verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 16. Een verhoudingsgewijs overzicht met andere fraudevormen valt niet te geven. Voor alle opsporingsdiensten die zich met zorgfraudebestrijding bezig houden geldt dat zij zich niet alleen met fraude in de zorg bezig houden, maar ook met andere fraudevormen. Een groot verschil met andere sectoren is dat in de zorgsector niet alleen de NZa toezicht houdt, maar de zorgverzekeraar de ingediende declaraties controleert en zo veel «afvangt». In de sectoren waar deze belangrijke schakel ontbreekt is alle toezicht belegd bij de toezichthouder.

Vraag 32

Hoeveel geld is er vanaf 2011 teruggehaald door het onderzoeken van fraudesignalen?

Antwoord 32

Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik u naar de Rijksbrede aanpak van illegaal geld¹¹. De aanpak komt erop neer dat alle (semi-)publieke diensten zich inspannen om illegaal verkregen geld af te pakken, onder het motto «misdad mag niet lonen».

Ik verwijs u naar het antwoord op vraag 10 voor hetgeen de zorgverzekeraars hebben geconstateerd, teruggevorderd en bespaard. De NZa heeft in 2012 in totaal € 924.000 aan bestuursrechtelijke boetes opgelegd. In een aantal van de onderzoeken van de FIOD en het Functioneel Parket waarover in de eerdergenoemde Kamerbrief van 12 juni 2013 is gerapporteerd is het voornemen om het wederrechtelijk verkregen vermogen strafrechtelijk af te pakken, bijvoorbeeld door het aanbrengen van een ontnemingsvordering of het treffen van een transactie met ontnemingsvoorwaarde. Ook in de pgb-onderzoeken van de Inspectie SZW en het Functioneel Parket wordt een aantal ontnemingsvorderingen voorbereid. Als voorbeeld van een succesvolle ontneming in een pgb zaak van politie en arrondissementsparket kan gelden de zaak Ansa, waarin rechtbank Midden Nederland € 3,1 miljoen toeweest¹². Het hoger beroep in die zaak loopt nog.

Vraag 33

Waarom is er een beperkte capaciteit voor de opsporing en vervolging van zorgfraude?

Wat is de verdeling van de opsporing en vervolging van zorgfraude en andere fraudevormen?

Antwoord 33

Ik verwijs u naar de antwoorden op de vragen 16 en 31.

Vraag 34

Wat gebeurt er met signalen die zijn doorgestuurd naar de politie, Inspectie SZW en de Belastingdienst? Tot hoeveel en welke sancties heeft dit geleid?

Antwoord 34

Wanneer er signalen naar andere organisaties, zoals de politie, Inspectie SZW of de Belastingdienst, worden doorgestuurd, worden die opgepakt door die organisaties binnen hun taken en verantwoordelijkheden. Zo gebruikt de Belastingdienst de ontvangen signalen voor de belastingheffing. Terugkoppeling van resultaten vindt uitsluitend plaats indien er

¹¹ <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/07/12/rijksbrede-aanpak-illegaal-geld.html>

¹² [http://www.om.nl/onderwerpen/ontneming_\(oa/bijlagen/nieuwsberichten/@159823/pgb-fraudeur-3-1/](http://www.om.nl/onderwerpen/ontneming_(oa/bijlagen/nieuwsberichten/@159823/pgb-fraudeur-3-1/)

sprake is van belang voor de samenwerking in de keten en de wettelijke mogelijkheden een dergelijke terugkoppeling mogelijk maken. Naar aanleiding van een strafrechtelijk onderzoek kunnen door de rechterlijke macht sancties worden opgelegd. Op dit moment zijn er nog geen rechterlijke uitspraken geweest in pgb-onderzoeken van het pgb-fraudeteam van de Inspectie SZW.

Vraag 35

Wat zijn zorgfraudezaken van meer eenvoudige aard? Over welk bedrag aan fraude gaat het dan?

Antwoord 35

Ik verwijs u naar het antwoord op vraag 7.

Vraag 36

Hoe groot is de beschikbare capaciteit voor de opsporing en vervolging van zorgfraude? Hoe groot is de capaciteit voor andere fraudevormen?

Antwoord 36

Ik verwijs u naar de antwoorden op de vragen 16, 31 en 33.

Vraag 37

Hoe groot is de pakkans van zorgfraude? Hoe verhoudt zich dat tot de pakkans van bijvoorbeeld inbraak?

Antwoord 37

Omdat de omvang van zorgfraude niet bekend is valt de pakkans op dat gebied niet te beredeneren. Een vergelijking met een delict als inbraak is niet te maken. De aanpak van overtredingen van ordeningswetgeving is een netwerkinspanning; zorgfraude wordt zowel vanuit de sector zelf als vanuit toezicht, opsporing en vervolging aangepakt. Het zorgverzekeringsstelsel gaat er vanuit dat zorgverleners correct declareren. Controle op declaraties is belegd bij de zorgverzekeraars (al dan niet in hun rol als zorgkantoor). Zorgverzekeraars treden bij geconstateerde onregelmatigheden in eerste instantie zelf op door niet uit te betalen of geld terug te vorderen. Bij vermoedens van (omvangrijke) fraude kunnen de verzekeraars een melding doen bij het landelijk verzamelpunt van de NZa. In een aantal van die gevallen kan de NZa bestuursrechtelijke sancties opleggen. De rol van het strafrecht kan enerzijds bestaan uit het agenderen van het probleem, waarbij het OM netwerkpartners in beweging brengt, anderzijds kan dat inzet van het strafrecht als optimum remedium betekenen. Dit houdt in dat de inzet van het strafrecht moet worden beoordeeld op effectiviteit ten opzichte van de inzet van andere netwerkpartners. Overigens wordt opgemerkt dat een reden om het strafrecht in te zetten ook gelegen kan zijn in de noodzaak om een krachtig signaal af te geven door normoverschrijding te bestraffen en daardoor de norm te bevestigen.

Vraag 38

Kunt u aangeven wat de beschikbare capaciteit is voor de opsporing en vervolging van zorgfraude?

Antwoord 38

Ik verwijs u naar de antwoorden op de vragen 16, 31, 33 en 36.

Vraag 39

Kunt u aangeven hoe de capaciteit voor opsporing en vervolging van zorgfraude zich verhoudt tot die voor andere fraudevormen?

Antwoord 39

Ik verwijs u naar de antwoorden op de vragen 16, 31, 33, 36 en 38.

Vraag 40

Welke financiële doelstelling hanteert u bij de bestrijding van zorgfraude?

Antwoord 40

Fraude en oneigenlijk gebruik in de zorg zijn niet acceptabel en dienen hard aangepakt te worden. Beiden tasten immers de betaalbaarheid van ons zorgstelsel aan en bedreigen de solidariteit.

Zoals bij vraag 37 is vermeld is bestrijding van zorgfraude een netwerkinspanning waarbij iedere betrokken instantie zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. Alle instanties zullen daarbij een eigen – al dan niet financiële – doelstelling hanteren. Zorgverzekeraars hebben een commercieel belang, doelstelling zal zijn schade door fraude te minimaliseren. Doelstelling van toezicht door de NZa en strafrechtelijke opsporing en vervolging door OM en opsporingsdiensten is breder: bescherming van het zorgstelsel als zodanig en van het vertrouwen in dat stelsel en in de overheid. De financiële component is daarbij zeker van belang, maar niet doorslaggevend.

Bovendien is de totale omvang van zorgfraude onbekend. In mijn brief van 15 mei 2013 aan de Tweede Kamer heb ik aangegeven dat ik de NZa heb gevraagd om samen met externe experts een onderzoek naar de omvang van fraude uit te voeren. Zoals gezegd betreft dit onderzoek de cure en de care.

De onbekendheid van de totale omvang van zorgfraude maakt het lastig om een financiële doelstelling te hanteren bij de bestrijding van zorgfraude. Er circuleren diverse bedragen, maar niemand weet precies hoeveel er van de voor zorg bestemde middelen, niet op de juiste plek terecht komt. Dat hangt natuurlijk ook samen met de definitie van zorgfraude die wordt gehanteerd. De zorgverzekeraars sporen elk jaar zo tussen de € 6 en € 8 miljoen aan fraude op, zij hanteren de strikte omschrijving dat er behalve onterecht verkregen financieel voordeel door overtreding van een wet of regel, ook sprake moet zijn van opzet. Daarnaast zorgen de materiële en formele controles van de zorgverzekeraars er elk jaar voor dat aanzienlijke bedragen teruggevorderd dan wel niet uitgekeerd worden (omvang ongeveer een € 1 miljard).

Vraag 41

Is het aantal zaken dat in tabel 2 besproken wordt, te weten 23, het totaal aan fraudegevallen in de zorg die door de FIOD ooit in behandeling zijn genomen? Zo ja, waarom is dit zo'n beperkt aantal? Zo nee, hoeveel fraudezaken heeft het FIOD in totaal in behandeling genomen, uitgesplitst naar jaren waarin het onderzoek is gestart?

Antwoord 41

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

Vraag 42

Een groot deel van de genoemde signalen in tabel 1 worden «anders» afgehandeld. Kan deze categorie nader uitgesplitst worden, waarbij wordt aangegeven wat de uitkomst is geweest? Daar waar nog geen uitkomst is,

kan aangegeven worden wat de fase is waarin de nadere behandeling van dat signaal zich bevindt.

Antwoord 42

Uit de legenda bij tabel 1 blijkt dat het hier gaat om fraudesignalen die geen strafbaar feit betreffen of die zijn doorgestuurd naar politie, Inspectie SZW of de Belastingdienst. Verder verwijst ik u naar het antwoord op vraag 34.

Vraag 43

Hoeveel van de fraudesignalen (vanaf 2011 tot medio mei 2013) betroffen fraude door upcoding van zorgzwaartepakketten in de AWBZ?

Antwoord 43

Vanaf 2012 zijn hierover 18 signalen bij de NZa binnengekomen. Vóór 2012 werd een andere codering van signalen gebruikt, die bovendien niet in een handig systeem werden opgeslagen. Over het jaar 2011 is daarover dus geen goed antwoord te geven.

Vraag 44

Hoeveel van de fraudesignalen die leidden tot een strafrechtelijk onderzoek (vanaf 2011 tot medio mei 2013) betroffen fraude door upcoding van zorgzwaartepakketten in de AWBZ?

Antwoord 44

Geen.

Vraag 45

Hoe kan het dat er in 2012 slechts één strafrechtelijk onderzoek is gedaan naar fraude?

Antwoord 45

Er zijn in 2012 in totaal twaalf signalen aangemeld in het tripartite-overleg tussen het Functioneel P, de FIOD en de NZa. In zes gevallen is besloten dat bestuursrechtelijke afdoening passend was en in vijf gevallen was er geen aanleiding voor een bestuursrechtelijke of strafrechtelijke interventie door respectievelijk de NZa of het OM. Eén signaal gaf wel aanleiding tot het instellen van een strafrechtelijk onderzoek door de FIOD onder het gezag van het Functioneel Parket. Overigens liepen er in 2012 meerdere strafrechtelijke onderzoeken naar fraude in de zorg. Ten aanzien van deze zaken is vóór 2012 in het tripartite-overleg besloten tot het instellen van een strafrechtelijk onderzoek.

Vraag 46

Hoeveel fraudezaken worden afgehandeld door de Belastingdienst? Kunnen voorbeelden worden gegeven?

Antwoord 46

Binnen de Belastingdienst worden geen zorgfraude zaken afgehandeld. Signalen – hierbij kunt u denken aan signalen van mogelijk onjuist aangegeven inkomsten, omzet en kosten – worden door de FIOD aan de Belastingdienst doorgegeven ten behoeve van de belastingheffing.