



1^e Voortgangsrapportage
RECHTMATIGE ZORG
2018-2021
Aanpak van fouten en fraude



INLEIDING 3

MANAGEMENTSAMENVATTING 4

1 HET **VOORKOMEN** VAN FOUTEN EN FRAUDE 6

2 DE FOCUS OP VIJF SPECIFIEKE **ZORGSECTOREN** 9



2.1 Medisch-
specialistische zorg
— 11



2.2 Geestelijke
gezondheidszorg
— 16



2.3
Mondzorg
— 20



2.4
Wijkverpleging
— 24



2.5 Persoons-
gebonden budget
— 28

3 **WETGEVINGSTRAJECTEN** 32

4 **ANDERE RELEVANTE ZAKEN** 36

5 **MONITORING EN EFFECTMETING** 42

Rechtmatige Zorg 2018-2021 —
Aanpak van fouten en fraude

INLEIDING

Wij zetten in op een integrale en risicogerichte aanpak waarin elke partij zijn verantwoordelijkheid neemt. Bij de aanpak van fouten en fraude zullen we nooit exact de totale omvang weten. Immers, we weten niet wat we niet weten. Met dit programma willen we meer de focus leggen op wat we wél weten en van daaruit een beter beeld krijgen van de omvang van fouten en fraude. In deze voortgangsrapportage zoomen wij specifiek in op de vijf zorgsectoren die wij in het programmaplan [Rechtmatige Zorg 2018-2021](#) hebben gepresenteerd.

Sinds de oplevering van het programmaplan zijn stappen gezet die effect hebben op alle zorgdomeinen. De monitoring van de voortgang en de effectmeting hebben wij waar mogelijk met feiten en cijfers van 2017 onderbouwd. Aan de indicatoren koppelen wij nu geen oordeel. Deze zijn nu vooral ter beeldvorming en te beschouwen als een nulmeting. De komende jaren kunnen we aan de hand van de uitkomsten van de indicatoren meer inzicht verschaffen in het effect van onze aanpak van fouten en fraude. Enkele indicatoren hebben we visueel weergegeven in deze voortgangsrapportage.

¹ De vijf specifieke zorgsectoren betreffen de medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, mondzorg, wijkverpleging en het persoonsgebonden budget.

MANAGEMENT- SAMENVATTING

Met ons programmaplan willen we de komende jaren een forse vermindering van onrechtmatigheden in de zorg realiseren. Dit doen we op drie manieren: (i) we zetten sterk in op het voorkomen van fouten en fraude, (ii) we focussen ons op vijf specifieke zorgsectoren en (iii) via wetgevingstrajecten bouwen we de juiste randvoorwaarden om fouten en fraude te voorkomen en te bestrijden. In deze voortgangsrapportage gaan we in op de resultaten die we sinds de oplevering van het programma in april jl. hebben bereikt en maatregelen die we hebben genomen.

In verschillende sectoren zijn meerdere initiatieven gestart om het correct registreren en declareren van zorg te verbeteren en fouten te voorkomen. Veel maatregelen die al getroffen zijn, zullen hun vruchten nog afwerpen. Enkele resultaten en maatregelen zijn:

- In de sectoren medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, mondzorg en de wijkverpleging pakken we de meest voorkomende knelpunten in het registratie- en declaratieproces aan om fouten te voorkomen;
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) richten zich bij hun toezicht meer op nieuwe toetreders in de zorg en zorgen voor goede voorlichting aan nieuwe toetreders over waar zij aan moeten voldoen als zij starten met verlenen van zorg;

- We bevorderen de contractering in de zorg. Hierdoor hebben zorgverzekeraars meer mogelijkheden om de rechtmatigheid van zorg te kunnen controleren. Hierover bent u in november 2018 geïnformeerd;¹
- Om fraude in het gemeentelijk domein gericht aan te pakken, is met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) een actieplan voor 2019 afgesproken om te zorgen dat gemeenten hun fraudepreventie, toezicht en handhaving verder verbeteren. Onlangs is de 100^{ste} gemeente aangesloten bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ);
- In het voorjaar van 2019 starten wij samen met de Sociale Verzekeringsbank (SVB) en gemeenten een pilot voor het gebruik van een scan die gemeenten inzicht geeft in 25 risicovolle situaties voor potentieel misbruik en oneigenlijk gebruik van het persoonsgebonden budget (pgb); waaronder ook gemeente overstijgend. De SVB heeft in 2018 deze scan ontwikkeld. De scan maakt risico's zichtbaar die aanleiding kunnen zijn voor onderzoek naar misbruik en oneigenlijk gebruik;
- Het aantal meldingen over (mogelijke) pgb-fraude, de georganiseerdheid van fraudeurs en de complexiteit van zorgfraude neemt toe. De pakkans moet omhoog en fraude moet bestraft worden. Daarom willen wij met ingang van 2019 de opsporings- en vervolgingscapaciteit van de Inspectie SZW uitbreiden met circa 20 fte, zodat meer zaken opgepakt worden;
- In 2018 is hard gewerkt aan het verbeteren van de juridische en wettelijke mogelijkheden om fraude te voorkomen en aan te pakken, bijvoorbeeld door gegevensuitwisseling beter mogelijk te maken. Ook werken we aan de juridische borging van het samenwerkingsverband IKZ.

In deze voortgangsrapportage gaan we ook in op de Signaleringsbrief 2018 van de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ). In de Signaleringsbrief 2018, als bijlage opgenomen, delen de TIZ-partijen hun signalen over wijkverpleging, pgb, knelpunten bij gegevensuitwisseling en nieuwe toetreders in de zorg. In de voortgangsrapportage gaan we in op de acties die volgens ons nodig zijn als antwoord op deze signalen.

Zoals wij eerder hebben aangegeven moet geld dat voor de zorg bestemd is naar de zorg. We hebben een eerste stap gezet in het meten van de omvang van fouten en fraude. In [hoofdstuk 5](#) krijgt u inzicht in de cijfers over 2017. In deze eerste voortgangsrapportage zijn deze cijfers te beschouwen als nulmeting. De komende jaren helpen deze cijfers ons in het monitoren, van en indien nodig, het bijsturen op maatregelen en/of in beleid en wetgeving.

¹ Kamerstukken II, 2017/18, 29 689, nr. 941

HET VOORKOMEN VAN FOUTEN EN FRAUDE



1

2

3

4

5



6



Met preventiemaatregelen kunnen fouten en fraude voorkomen worden. Dit doen wij door samen te werken met het veld. Binnen de sectoren medisch-specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, mondzorg, en sinds de lancering van het programmaplan ook in de wijkverpleging, zijn werkgroepen “correct declareren” actief. Leden van deze werkgroepen kunnen vertegenwoordigers van branches van aanbieders, verzekeraars en toezichthouders zijn. De werkgroepen richten zich onder andere op de grootste knelpunten in het registratie- en declaratieproces en nemen maatregelen om deze problemen op te lossen en herhaling te voorkomen. Betrokken partijen werken domeinspecifiek én -overstijgend samen bij de aanpak van fouten en fraude. Met betrekking tot het persoonsgebonden budget worden besluiten in het Bestuurlijk Overleg persoonsgebonden budget (BO pgb) bestuurlijk verankerd. Deze besluitvorming wordt voorbereid in het beleidsuitvoeringsoverleg en het stelseloverleg. Hieronder beschrijven wij de domeinoverstijgende preventiemaatregelen. Voor de sectorspecifieke preventiemaatregelen verwijzen we u naar de sectorplannen in [hoofdstuk 2](#).

GOED BESTUUR

Goed voorbeeldgedrag bij bestuurders en interne toezichthouders van zorginstellingen maken een belangrijk verschil voor het optimaliseren van interne processen. Door het belang van de aanpak van fouten en fraude en goed registreren en declareren te blijven onderstrepen en het goede voorbeeld daarin te geven, kunnen er grote stappen gemaakt worden in de aanpak van fouten en fraude in de zorgsector. In juni 2018 vond het congres ‘Goede zorg vraagt om goed bestuur’ plaats. Op dit congres zijn ruim 350 bestuurders en toezichthouders met elkaar in gesprek gegaan over de actuele uitdagingen en ontwikkelingen rondom bestuur en toezicht in de zorg; waaronder ook het belang van adequate controlemechanismen in de organisatie. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft duidelijk naar voren gebracht dat goed bestuur een randvoorwaarde is voor goede zorg. Onmisbaar onderdeel daarvan is een open aanspreekcultuur. Reflectie en evaluatie vormen een belangrijk onderdeel in het NVZD-accreditatietraject voor bestuurders (beroepsvereniging voor bestuurders in de zorg) en in het Programma Goed Toezicht van de Nederlandse Vereniging van Toezichthouders in Zorg en Welzijn (NVTZ). Op het congres is de 250^e NVZD-accreditatie uitgereikt. Ook hebben ruim 640 raden van toezicht het programma Goed Toezicht doorlopen. Met het bestaan van en deelnemen aan het NVZD-accreditatietraject en het programma Goed Toezicht, laat ook de top van de sector zien haar taken serieus op te pakken.

Met betrekking tot de Signaleringsbrief 2018 vragen ketenpartners aandacht voor het belang van naleving van de Governancecode Zorg 2017 en het van toepassing verklaren van die code op alle zorgaanbieders. Naleving van de Governancecode is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de raad van bestuur en de raad van toezicht van zorgorganisaties. Indien deze interne verantwoordelijkheid niet wordt genomen, kan een belanghebbende (bijvoorbeeld de ondernemingsraad of de cliëntenraad) dit voorleggen aan de Governancecommissie Gezondheidszorg. Een uitspraak van de

Aantal accreditaties
NVZD in 2018



280
NVZD-accreditaties

Bron: NVZD

Deelnemers programma
Goed Toezicht in 2018



640
Raden van toezicht

Bron: NVTZ

Fraudetoetsen voorgenomen regelgeving in 2017



24
stuks

Bron: VWS

Governancecommissie dat de code niet goed is toegepast, kan er in het uiterste geval toe leiden dat de zorgorganisatie wordt geroyeerd als lid van haar brancheorganisatie. De IGJ en NZa gebruiken de bepalingen uit de Governancecode daarnaast als veldnorm bij hun toezicht op goed bestuur in de zorg. Dat betekent dat de code wordt gebruikt als onderbouwing bij de handhaving op overtredingen van de Wet Kwaliteit Klachten en Geschillen Zorg (Wkkgz) en de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi).

AANDACHT IN OPLEIDINGEN

Wij vinden het belangrijk dat in geneeskundige vervolgoopleidingen structureel aandacht wordt besteed aan doelmatigheid, rechtmatigheid en correct declareren van geleverde zorg. In het kader van het zogenaamde Bewustzijnsproject, is in 2018 onder meer een online toolbox ontwikkeld met praktische tools, tips en voorbeelden voor artsen in opleiding tot specialist (aios) en medisch-specialisten in geval van bijscholing. Hierbij valt te denken aan het overzicht “Kosten in kaart” waarmee men inzicht krijgt in de gemiddelde kosten van gezondheidszorg in Nederland ter inspiratie bij het maken van verstandige en doelmatige keuzes. Eén van de *online courses* betreft “Kennis van zorgkosten” waar tot nu toe ruim 600 personen aan hebben deelgenomen. Met deze *online course* wordt de kennis en inzicht in zorgkosten vergroot en zijn deelnemers daardoor beter in staat de door hen geleverde zorg te registreren en declareren.

FRAUDETETOETS

Sinds 2014 toetsen wij met ketenpartners alle nieuwe wet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen op fraudebestendigheid. Als blijkt dat er frauderisico's zijn, maken we – ook in relatie tot andere beleidsdoelen als privacy-bescherming en het verminderen van regeldruk – een zorgvuldige afweging of er aanpassingen nodig zijn in de wet- en regelgeving en/of de uitvoeringspraktijk.

2 DE FOCUS OP VIJF SPECIFIEKE ZORGSECTOREN



1

2



3

4

5



9





2.1 Medisch-specialistische zorg
— p. 11



2.2 Geestelijke gezondheidszorg
— p. 16



2.3 Mondzorg
— p. 20



2.4 Wijkverpleging
— p. 24



2.5 Persoonsgebonden budget
— p. 28

SECTORPLANNEN

In onze aanpak van fouten en fraude leggen we de focus op vijf zorgsectoren. Deze sectoren zijn geselecteerd op grond van drie criteria, te weten (i) partijen ervaren zelf knelpunten bij het correct registreren en declareren van geleverde zorg, (ii) wezenlijke verbeteringen zijn te behalen en (iii) er zijn veel signalen over deze sectoren. Per sector hebben we verschillende acties en maatregelen benoemd. Wij hebben de voortgang van de acties en maatregelen aan de hand van de volgorde en nummering zoals die in het programma opgenomen zijn, beschreven.



2.1 Medisch-specialistische zorg

De medisch-specialistische zorg (MSZ) is de grootste sector in de curatieve zorg. Jaarlijks worden circa 150 miljoen declaraties voor medisch-specialistische zorg ingediend bij zorgverzekeraars.² Hierbij worden ook fouten gemaakt. Vaak is dat onbewust, door bijvoorbeeld onwetendheid of de complexiteit van regelgeving. Veel aandacht gaat uit naar het voorkomen van onbewuste declaratiefouten. Vanuit (branche)organisaties lopen veel initiatieven om correct declareren te bevorderen. Tegelijkertijd sluiten we onze ogen niet voor mogelijke fraude in een sector als de MSZ, waarin nu eenmaal veel geld in omgaat.

PREVENTIE

2.1.1 Nader onderzoeken en beheersen van belangrijkste risico's in de MSZ

In het programmaplan is aangekondigd de belangrijkste risico's in de MSZ nader te onderzoeken en te beheersen, onder leiding van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA). Daarbij wordt voor onder andere de volgende vier onderwerpen gekeken of er inderdaad sprake is van verhoogd risico op fouten en fraude: (i) het registreren en declareren van parallelle zorgtrajecten, (ii) verschillen tussen geleverde en gedeclareerde zorg, (iii) variatie in bedrijfsvoering en de mate waarin een zorgaanbieder *in control is*, waaronder zelfstandige behandelcentra en (iiii) losse verrichtingen als Diagnose Behandel Combinatie (DBC) declareren. Deze actie is opgepakt en wordt uitgevoerd in combinatie met [actie 2.1.8](#) uit het programmaplan: het leren van signalen die binnenkomen bij de

² In 2016 waren er in de MSZ circa 150 miljoen declaraties, waarvan 20 miljoen DBC-declaraties en 130 miljoen declaraties overige zorgproducten. In de overige zorgproducten waren circa 118 miljoen declaraties van de eerstelijns diagnostiek en 12 miljoen overige declaraties zoals kaakchirurgische verrichtingen, prenatale screening, etc.

Aantal signalen over (vermoedens) van onrechtmatigheid bij het IKZ in 2017

675
signalen 



61
MSZ



65
GGZ



108
MZ



61
WVP



197
pgb

Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2017 (IKZ)

Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ³). Hierbij zijn (organisaties van) aanbieders en verzekeraars betrokken.

Daarnaast heeft de NZa dit najaar voor de MSZ voor hun eigen werkprogramma een sectorbrede risicoanalyse gemaakt. Daarin verkent de NZa op zowel het niveau van regulering als toezicht de zaken die aandacht behoeven. Voor de MSZ is dit jaar een pilot uitgevoerd. De overige sectoren volgen. Aan de hand van de resultaten van de analyses bekijkt de NZa welke zaken in hun toezichts- en handavingsaanpak een plek moeten krijgen en welke ontwikkelingen zij wil monitoren.

2.1.2 Stimuleren van gepast gebruik in de MSZ

Het bevorderen van gepast gebruik levert ook een bijdrage aan de rechtmatigheid van zorg. Horizontaal Toezicht ([zie 2.1.5](#)) richt zich nu nog op ‘Correct registreren en declareren’, maar in de toekomst zijn de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in samenwerking met onder andere de Federatie Medisch Specialisten (FMS) van plan ook het toezicht op gepast gebruik hier onderdeel van uit te laten maken. Horizontaal Toezicht wil rechtmatigheid ook bezien in het licht van de voorwaarden die de Zorgverzekeringswet (Zvw) stelt aan gepast gebruik. Onderdeel daarvan is dat de zorg moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk (effectieve zorg)

³ De TIZ is een samenwerkingsverband van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Belastingdienst (BD), de Inspectie SZW (ISZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), het Openbaar Ministerie (OM), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). VWS zit de TIZ voor. De Sociale Verzekeringsbank treedt met de verlenging van het Convenant in maart 2019 tot de TIZ toe.

en de verzekerde/patiënt moet redelijkerwijs aangewezen zijn op de zorg gezien zijn gezondheidssituatie (medische noodzaak). In de komende tijd starten partijen pilots op het gebied van gepast gebruik. Niet het sanctioneren van het verleden, maar het verbeteren richting de toekomst staat daarbij centraal. Bij deze ontwikkelingen zijn ook de NZa, FMS en het Zorginstituut Nederland (ZiNL) nauw betrokken. In 2019 zullen ook patiëntvertegenwoordigers worden betrokken. Op basis van de pilots zal eind 2019/begin 2020 bepaald worden of gepast gebruik definitief onderdeel wordt van Horizontaal Toezicht en voor welk deel. Het inhoudelijke doel is om vanuit de lokale afspraken te komen tot een aantal goede voorbeelden van gepast gebruik die ook landelijk kunnen worden gedeeld.

Naast de acties voor gepast gebruik in het kader van Horizontaal Toezicht, zijn in het Hoofdlijnenakkoord MSZ ook acties in gang gezet voor versnelling en verbetering van de kwaliteitscyclus en versnelling van gepast gebruik voor vier aandoeningen. Het betreft de verbeteringsignalen (i) [Perifeer Arterieel Vaatlijden](#) (ii) [Artrose van de knie of heup](#) en (iii) [Pijn op de borst](#) en (iiii) en het onderwerp verstandig kiezen: [niet standaard röntgenfoto maken bij volwassenen met acute buikklachten op de spoedeisende hulp](#).

2.1.3 Onderzoeken verbeteren correct registreren en declareren innovatieve zorg en eHealth

Het onderzoek naar het verbeteren van correct registreren en declareren van deze zorg wordt meegenomen bij de inventarisatie van belemmeringen bij stimulering van digitaal ondersteunde zorg die is afgesproken in het hoofdlijnenakkoord MSZ. Deze vindt plaats onder leiding van de NFU, in samenwerking met onder andere de FMS en de NZa. Op basis van de geïnventariseerde belemmeringen wordt een plan van aanpak opgesteld die naar verwachting in februari 2019 gereed is.

2.1.4 Uitwisselen van goede voorbeelden

Begin 2019 zal de bijeenkomst “uitwisselen van goede voorbeelden” plaatsvinden. In deze bijeenkomst, georganiseerd door de NVZ, NFU, Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), FMS en ZN worden *best practices* van zorgverzekeraars en zorgaanbieders gedeeld om zo van elkaar te leren en onrechtmatigheden te voorkomen.

CONTROLE

2.1.5 Invoeren van Horizontaal Toezicht

De NVZ, ZN en de NFU zijn in september 2016 het gezamenlijke traject Horizontaal Toezicht gestart voor de ziekenhuiszorg. In april 2017 hebben deze partijen hun handtekening gezet onder de uitgangspunten en ambities en is er een landelijk raamwerk⁴ gepresenteerd op basis waarvan de implementatie in de ziekenhuizen nu volop plaatsvindt. Ook de NZa neemt deel aan dit landelijk traject. Met Horizontaal Toezicht willen deze partijen het toezicht op de rechtmatigheid van de zorguitgaven efficiënter en effectiever maken, door het in één keer juist en tijdig registreren en declareren van rechtmatig geleverde zorg te stimuleren en deze zo vroeg mogelijk in de registratie- en declaratieketen te laten plaatsvinden. Horizontaal Toezicht 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. Binnen Horizontaal Toezicht is veel meer sprake van proces- en systeemgerichte beheersing, in plaats van gegevensgerichte controle. Het leidt tot één gezamenlijke verantwoording voor de keten. Onnodige opeenstapeling van

⁴ Zie <https://www.horizontaaltoezichtzorg.nl>

Omvang **teruggevorderde** declaraties
(achteraf) door zorgverzekeraars in 2017

€ 372 mln.



Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN)

administratieve lasten wordt zo gereduceerd. Zorgverzekeraars werken hierin volgens representatie en steunen op elkaars werkzaamheden. Binnen Horizontaal Toezicht is er voor een zorgaanbieder dus één zorgverzekeraar waar afspraken mee worden gemaakt. Ook draagt het bij aan het gezamenlijk eenduidig en tijdig interpreteren van wet- en regelgeving. Daar waar Horizontaal Toezicht aantoonbaar werkzaam en effectief is ingevoerd, worden de controles ten aanzien van correct registreren en declareren, die voorheen door zorgverzekeraars na betaling werden uitgevoerd, vervangen door borging vooraf. Zo ontstaat er ook eerder en beter inzicht in de zorguitgaven.

Inmiddels zijn vijf ziekenhuizen definitief over op Horizontaal Toezicht en de verwachting is dat de komende jaren veel ziekenhuizen zullen volgen. De ambitie van NVZ, ZN en NFU is om in 2020 80% van de ziekenhuizen over te laten gaan op Horizontaal Toezicht. Om de overgang naar Horizontaal Toezicht een impuls te geven én te versnellen is door partijen een stimuleringsregeling opgezet. Deze stimuleringsregeling biedt ziekenhuizen vanaf 2018 een verlichting van de administratieve lasten rond de verantwoording van de Handreiking 2018 (zelfonderzoek). Hierdoor komt de gewenste ruimte vrij om verdere stappen te zetten naar Horizontaal Toezicht. Zeker 45 ziekenhuizen maken gebruik van deze regeling. Daarnaast hebben partijen een opleiding Horizontaal Toezicht opgezet. In het voorjaar van 2018 is deze opleiding voor het eerst gegeven. In november 2018 is een tweede opleidingsronde gestart.

2.1.6 Onderzoeken van maximum controletermijn materiële controles

In de MSZ wordt sinds 2012 het zogenaamde convenant ketenprocessen afgesproken. Voor 2019 hebben NVZ, NFU, ZKN, FMS en ZN het convenant geactualiseerd. Hierin staan afspraken gericht op tijdig declareren en daarmee ook tijdig controleren, zodat de huidige maximale controle termijn van vijf jaar zoveel mogelijk kan worden verkort. Deze werkwijze is als basis genomen voor onder andere de GGZ.

HANDHAVING

2.1.7 Verzamelen, onderzoeken en handhaven

In aanvulling op de acties uit het programmaplan heeft de NZa de afgelopen periode meerdere toezichtonderzoeken uitgevoerd die zich richten op diverse thema's en zorgsoorten, waaronder correct registreren en declareren van zelfstandige behandelcentra. Het onderzoek is nog niet afgerond. De voorlopige uitkomsten van deze controles zijn gedeeld met zorgverzekeraars en ZKN.

KETENBREDE SAMENWERKING

2.1.8 Leren van signalen die binnenkomen bij TIZ-partijen

Onder leiding van de NZa, zijn in november 2018 relevante signalen over mogelijke onrechtmatigheden door partijen gedeeld. Dit is één van de eerste stappen in het komen tot een analyse van de meest voorkomende en belangrijkste signalen. Na de analyse worden vervolgacties geformuleerd voor de belangrijkste knelpunten en risico's om samen mogelijke onrechtmatigheden te voorkomen. Het delen van kennis zal daarnaast ook het duiden en interpreteren van toekomstige signalen en de (efficiency van) werkprocessen verbeteren. Voor deze bijeenkomst zijn door

NZa de TIZ-partijen, ZiNL, NVZ, NFU, ZKN, Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ), FMS, ACTIZ, Revalidatie Nederland en individuele zorgaanbieders en verzekeraars uitgenodigd. Het is voor het eerst dat branchepartijen en TIZ-partijen op deze manier samen zijn gekomen om te leren van signalen om zo de rechtmatigheid in de toekomst te vergroten. Begin 2019 wordt de analyse afgerond en zullen partijen vervolgspraken maken.

In februari 2019 zal ook voor de GGZ-sector een bijeenkomst worden georganiseerd om te leren van signalen van TIZ-partijen. De sector mondzorg is aansluitend aan de beurt.

ONDERZOEKEN DOOR DE INSPECTIE SZW

De ISZW heeft het afgelopen jaar verschillende zaken in onderzoek gehad die betrekking hadden op onjuist declareren van bepaalde zorgtrajecten, verschillen tussen geleverde en gedeclareerde zorg en losse verrichtingen als DBC declareren. Een onderzoek van de ISZW richtte zich onder meer op de integratie van 'overheadkosten' in gedeclareerde zorguren. Dergelijke onderzoeken van de ISZW geven inzicht in de complexiteit van regelgeving en handhaving hierop.

Bron: ISZW



2.2 Geestelijke gezondheidszorg

GGZ-aanbieders declareren geleverde zorg bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars hebben wettelijk de plicht om declaraties te controleren. Het komt voor dat zorgaanbieders bij het declareren fouten maken, vanwege onwetendheid of de complexiteit van regelgeving. Eerder gecontroleerde declaraties moeten daardoor gecorrigeerd en/of eventueel teruggevorderd worden. Als we niets doen, wordt de zorgaanbieder, zorgverzekeraar, en in situaties waar geen contract is met de zorgverzekeraar ook de patiënt, belast met het herstellen van de declaratie. Door declaratiefouten aan te pakken kunnen geld en middelen besteed worden aan de zorg.

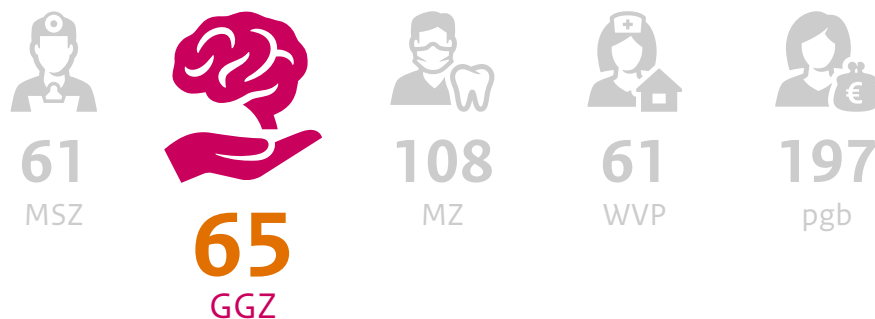
PREVENTIE

2.2.1 Gezamenlijke agenda correct registreren en declareren ggz-instellingen

Om het registratie- en declaratieproces bij GGZ-aanbieders te verbeteren wordt in kaart gebracht wat de belangrijkste ervaren knelpunten bij deze GGZ-instellingen zijn om correct te registreren en declareren. Daarnaast worden ook de meest voorkomende fouten die zorgverzekeraars constateren tijdens de formele en materiële controles in kaart gebracht. Een onafhankelijk bureau is in november gestart met deze inventarisatie. De onderzoeksresultaten worden in het eerste kwartaal van 2019 gepubliceerd. Op basis hiervan wordt een nieuwe gezamenlijke agenda voor deze kabinetsperiode opgesteld met de belangrijkste verbeteracties, zodat deze fouten in de toekomst minder vaak voorkomen. De verbetersuggesties worden door de NZa waar mogelijk meegenomen in de ontwikkeling van de nieuwe productstructuur (2020) en bij het onderhoud van de DBC (2019 en verder). De NZa werkt samen met GGZ-partijen aan de regelgeving voor de nieuwe productstructuur voor de bekostiging. Hierbij wordt gewerkt vanuit de gedachte de regelgeving vanaf nul opnieuw op te bouwen. Daarbij

Aantal signalen over (vermoedens) van onrechtmatigheid bij het IKZ in 2017

675 signalen 



Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2017 (IKZ)

wordt gezien welke registratie-, informatie, en declaratieverplichtingen strikt noodzakelijk zijn. Dit leidt tot regelgeving die eenvoudig, hanteerbaar en controleerbaar is. Bovendien worden declaratiefouten hiermee verder teruggedrongen.

2.2.2 Onderzoek verbeteren gegevensuitvraag bij derden

De NFU heeft geconstateerd dat het lastig is om gegevens over een patiënt te ontvangen die nodig zijn om een declaratie correct in te dienen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer bij nieuwe opnames niet standaard informatie over het aantal voorafgaande opnamedagen wordt verstrekt die nodig zijn voor het correct invullen van een declaratie. Ook is de onderlinge dienstverlening tussen verschillende instellingen en/of een Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis/Psychiatrische Universiteitskliniek tijdrovend, doordat het registreren, verzamelen en versturen van DBC-data en -facturen tot de nodige administratieve lasten leiden. De NFU is in gesprek met GGZ Nederland (GGZ NL) over hoe gegevensuitwisseling makkelijker gemaakt kan worden om de rechtmatigheid te vergroten en de regeldruk te verminderen.

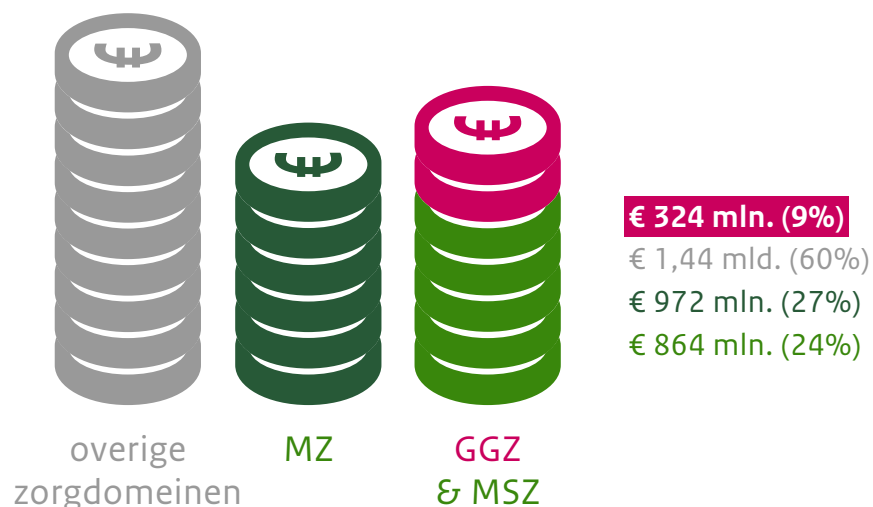
ONDUIDELIJKHEDEN ROND GEGEVENSUITWISSELING

Als een patiënt wordt opgenomen en hij/zij was minder dan 30 dagen daarvoor ook al opgenomen, dan moeten de opnamedagen van de voorafgaande opname meegeteld worden in de berekening van de termijn voor de langdurige GGZ. Het is niet altijd duidelijk bij wie deze gegevens opgevraagd kunnen worden, waardoor declaraties niet tijdig en correct tot stand komen.

Bron: NFU

Omvang **afgewezen** declaraties (vooraf) door zorgverzekeraars in 2017

€ 3,6 mld.



Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN)

2.2.3 Vervolg verbeteren ICT-vrijgevestigden

Foutmeldingen bij declaraties van vrijgevestigde psychologen leiden tot een extra administratieve last. Om zicht te krijgen op deze foutmeldingen is in 2018 een inventarisatie gemaakt van de meest voorkomende foutmeldingen bij VECOZO⁵. De resultaten hiervan zijn teruggekoppeld aan softwareleveranciers, zodat aan een oplossing gewerkt wordt en deze fouten in de toekomst voorkomen worden. Onderzocht is welke softwareleveranciers er voor vrijgevestigden op de markt zijn. Vervolgens zijn de marktaandeelen in kaart gebracht en de vijf grootste leveranciers persoonlijk benaderd en worden de foutmeldingen aangeleverd. Deze actie zal naar verwachting op 1 maart 2019 afgerond worden.

CONTROLE

2.2.4 Horizontaal Toezicht

Ook in de GGZ is een gezamenlijk Horizontaal Toezichtproject gestart. Dit project is in 2018 opgezet door GGZ NL en ZN en wordt vanaf 2019 landelijk geïmplementeerd. Voor meer informatie over Horizontaal Toezicht, zie 2.1.5. Naast Horizontaal Toezicht wordt door de Taskforce Gepast Gebruik GGZ een rapportage opgesteld over een meer procesgerichte verantwoording op gepast gebruik op zodanige wijze dat de regeldruk voor zorgprofessionals substantieel wordt verminderd. Deze rapportage wordt uiterlijk januari 2019 gepubliceerd.

⁵ Vecozo is een landelijk communicatiepunt voor de zorg, waarin ketenpartijen administratieve gegevens kunnen uitwisselen (bron: www.vecozo.nl).

2.2.5 Onderzoeken van maximum controletermijn materiële controles

Zorgverzekeraars hebben naar mogelijkheden gezocht om de administratieve lasten bij materiële controles te verminderen, zonder af te wijken van de wettelijke verplichting om alleen rechtmatige en doelmatige declaraties te vergoeden. Zorgverzekeraars hebben daarvoor een sectorbreed voorstel opgesteld. Dat voorstel is door aanbieders positief ontvangen. Als vervolg moet het voorstel sectorspecifiek gemaakt worden door afspraken te maken over de uiterste datum tot wanneer een declaratie ingediend mag worden. Ook moeten uniforme omgangsregels voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars voor controles op worden gesteld. Voor de GGZ is het doel dat deze sectorspecifieke afspraken in de uniforme declaratieparagraaf van 2020 worden opgenomen.

HANDHAVING

2.2.6 Verzamelen, onderzoeken en handhaven

Dit jaar zijn door de NZa meerdere toezichtonderzoeken gestart in de GGZ. Deze onderzoeken zijn onder meer gericht op het onterecht registreren en declareren van tijd en zorg die niet als gespecialiseerde GGZ is te kwalificeren.

KETENBREDE SAMENWERKING

2.2.7 Leren van signalen die binnenkomen bij TIZ-partijen

De NZa organiseert in februari 2019 een sessie “leren van signalen” in de GGZ met als doel tot een gezamenlijke analyse van de meest voorkomende en belangrijkste signalen te komen met betrokken partijen. Zie voor meer informatie [paragraaf 2.1.8](#).

ONEIGENLIJK GEBRUIK VAN ZVW-GELDEN

In mei 2018 is door de NZa een boete van € 400.000,- opgelegd aan een GGZ-aanbieder die de behandeling van een werkgerelateerde burn-out declareerde als een verzekerde (somatoforme) stoornis. Het [boetebesluit](#) hiervan is gepubliceerd op de website van de NZa en de bevindingen van dit onderzoek zijn gedeeld met verschillende betrokken partijen. De NZa heeft aansluitend een sessie voor zorgverzekeraars georganiseerd om het onderwerp ‘burn-out in de GGZ’ te bespreken en kennis en ervaringen uit te wisselen. De NZa voert ook een breder onderzoek uit naar dit thema. In het kader hiervan hebben in het najaar van 2018 nog enkele controles bij zorgaanbieders plaatsgevonden. Afhankelijk van de resultaten van deze toezichtbezoeken zal de NZa nadere acties plannen.

Bron: NZa

HANDHAVING IN DE GGZ EN WMO 2015

De ISZW verkent momenteel de mogelijke inzet van strafrechtelijk onderzoek in verband met onrechtmatige facturen waarbij zorg is gedeclareerd dat niet geleverd is in het kader van gecombineerde zorg in de GGZ en Wet Maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015).

Bron: ISZW



2.3 Mondzorg

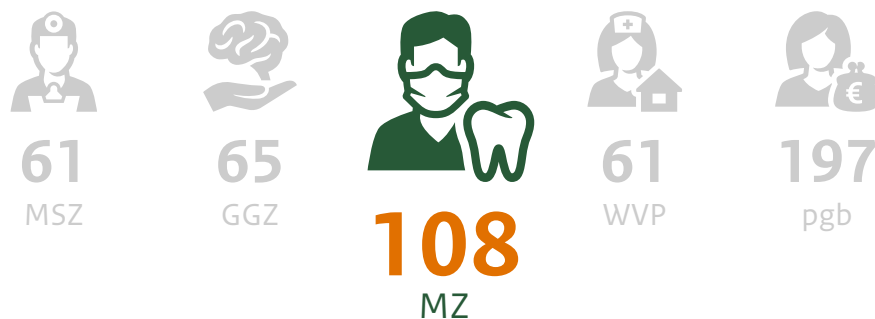
In de controles door zorgverzekeraars en het toezicht van de NZa komen regelmatig declaraties naar boven waarbij niet in overeenstemming met regels lijkt te zijn gehandeld. In veel gevallen gaat het daarbij om fouten, zoals ontbrekende informatie of onjuiste patiëntgegevens. In andere gevallen komt de gedeclareerde zorg niet overeen met de geleverde zorg of lijkt dit zeer onwaarschijnlijk. Soms is duidelijk dat regels bewust zijn overschreden. De verantwoordelijkheid voor het goed inrichten en uitvoeren van de zorgadministratie, de interne controle en het indienen van correcte declaraties ligt primair bij de zorgaanbieder maar hiervoor dienen wel de juiste randvoorwaarden aanwezig zijn. Daarom heeft VWS de werkgroep mondzorg opgericht om zo met partijen in de hele keten in gesprek te gaan over hoe de administratieve processen en financiële verantwoording verbeterd kunnen worden.

PREVENTIE

2.3.1 Inzicht in en overzicht van de ingediende niet-correcte declaraties bij zorgverzekeraars
 ZN, de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM), de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT), de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) en Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) zijn het eens geworden over de vraag welke combinaties van prestaties wel/niet samen gedeclareerd mogen worden. Hiermee zijn onduidelijkheden rondom het declareren van combinaties van prestaties bij partijen weggenomen. Nieuwe vragen over het declareren van combinaties van prestaties kunnen ingebracht worden tijdens het reguliere technisch overleg bij de NZa. Ook kunnen toekomstige

Aantal signalen over (vermoedens) van onrechtmatigheid bij het IKZ in 2017

675
signalen

Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2017 (IKZ)

onduidelijkheden worden voorgelegd aan het zogenaamde expertteam. Een beschrijving van dit expertteam leest u in [paragraaf 2.3.4](#).

2.3.2 Verduidelijken van de tariefbeschikkingen

Ter ondersteuning van zorgprofessionals bij het declaratieproces is de Handreiking correct declareren mondzorg opgesteld. In deze handreiking zijn onder andere de *do's & don'ts* bij het declareren opgenomen. Wij maken met partijen afspraken over hoe de handreiking het beste onder de aandacht gebracht kan worden bij de zorgaanbieders, zodat zoveel mogelijk aanbieders er gebruik van kunnen maken.

2.3.3 Verkennen knelpunten en ambities organisatie van de mondzorg

De NZa is een traject gestart met branchepartijen waarbij zij knelpunten in de huidige organisatie en bekostiging bespreken en gezamenlijke ambities voor de toekomst van de mondzorg verkennen. In september en november jl. hebben bijeenkomsten met brancheorganisaties plaatsgevonden waarin deze knelpunten en ambities zijn besproken. In het vervolgetraject bekijkt de NZa welke ambities breed gedragen worden en welke vervolgacties nodig zijn om deze ambities te verwezenlijken.

2.3.4 Verkennen geschillencommissie

Partijen hebben na de start van het programmaplan verkend of en in welke hoedanigheid een geschillencommissie opgericht kan worden. Omdat volgens de werkgroep een geschillencommissie de lading niet voldoende dekt, is besloten te spreken over een expertteam. Vanuit de NZa is voorgesteld een pilot te starten voor een expertteam en zijn vervolgens afspraken gemaakt met partijen over de invulling van het expertteam. Het expertteam bestaat uit een kern van ZN, ANT en KNMT. Hiernaast sluiten de NVM en de ONT aan indien er voor hen relevante onderwerpen

zijn geagendeerd. Het expertteam komt eens in de drie maanden bij elkaar en richt zich op de interpretatie van de bestaande regelgeving. Tevens beoordeelt het expertteam de vraag of/hoe nieuwe behandelmodaliteiten en innovaties gedeclareerd kunnen worden met behulp van de vigerende prestaties en tarieven. Alle partijen hebben de mogelijkheid om casuïstiek in te dienen. Na de bijeenkomst geeft de NZa in een notitie haar standpunt.

2.3.5 Onderzoeken stand van zaken transparantie voor patiënt

Wij onderzoeken samen met de Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond welke concrete impulsen nodig zijn om tot transparantere nota's te komen voor de patiënt. De Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond worden nauw betrokken bij dit vraagstuk.

2.3.6 Voorlichten door NZa

De NZa verzorgt jaarlijks colleges aan studenten tandheelkunde van het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam, de Rijksuniversiteit Groningen en de Radboud Universiteit Nijmegen over onder andere doelmatigheid, correct declareren en het belang van kostenbewustzijn.

CONTROLE

2.3.7 Controles door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben de ambitie uitgesproken om te komen tot het uniformeren van afwijsredenen/retourcodes voor vergelijkbare fouten bij ingediende declaraties. ZN onderzoekt de mogelijkheden hiervoor.

2.3.8 Controles door patiënten

De Patiëntenfederatie Nederland en de Consumentenbond zijn betrokken bij de actiepunten rond de controles door patiënten. Met hen is gesproken over waar patiënten tegen aan lopen bij het controleren van hun nota's en wat hen stimuleert om deze te controleren. In dat kader hebben de Patiëntenfederatie Nederland en de NZa een beknopt informatiedocument opgeleverd met vragen van consumenten over rekeningen die zijn binnengekomen bij veldpartijen. Hoe dit informatiedocument wordt gedeeld, wordt begin 2019 duidelijk.

HANDHAVING

Mondzorgverleners dienen materiaal- en techniekkosten 1 op 1 door te rekenen aan de consument. De NZa houdt hier toezicht op. In die gevallen waar onvolkomenheden zijn aangetroffen, zijn de zorgaanbieders geïnstrueerd hoe zij correct moeten registreren en declareren.

HOGE BOETE IN DE MONDZORG OPGELEGD

Een tandartsenpraktijk is begin 2018 beboet voor 400.000 euro wegens gesjoemel met facturen. Het is de hoogste boete die de NZa ooit in de mondzorg heeft opgelegd. De tandartsengroep liet een deel van zijn patiënten te veel betalen voor onder meer kronen, bruggen, kunstgebitten en implantaten. Zij betaalden te veel voor hun behandeling, omdat de betreffende tandartsenpraktijk kortingen op ingekochte materialen niet aan ze doorrekende. Dat is in strijd met de regels. Tussen 2015 en halverwege 2016 stak de tandartsengroep de korting in eigen zak via een ongeoorloofde huurconstructie. De NZa ziet 'in andere gevallen dat ook gebruik wordt gemaakt van zowel nationale als internationale constructies met bijvoorbeeld "papieren" tussen-BV's of inkoopcombinaties. Op deze manier steken deze tandartsen (bulk)kortingen/bonussen in eigen zak of verhogen zij kunstmatig de prijs zonder dat daar reële kosten tegenover staan'.

Bron: ANP



1

2



3

4

5



23





2.4 Wijkverpleging

De wijkverpleegkundige indiceert en organiseert de zorg, en in samenwerking met de cliënt worden de zorgdoelen vastgesteld. Veruit het grootste deel van de zorgaanbieders handelt daarin naar eer en geweten. Maar er worden ook fouten gemaakt. Dit kan per ongeluk gebeuren, of doordat regelgeving niet duidelijk is. Daarom hebben we in het sectorplan wijkverpleging afspraken gemaakt om (declaratie)fouten te voorkomen, zodat de zorgverlener meer tijd heeft voor de levering van zorg. Daarnaast zetten we in op de aanpak van bewuste fouten. Zo zijn er signalen dat wijkverpleegkundigen druk ervaren om hoger te indiceren, er dubbel gedeclareerd wordt door de zorgaanbieder -zowel bij de patiënt als bij de zorgverzekeraar-, er meer zorg wordt gedeclareerd dan feitelijk is geleverd en er zorg wordt gedeclareerd terwijl er helemaal geen zorg wordt geleverd. De afgelopen periode zijn we gestart met de uitwerking van de acties uit het sectorplan wijkverpleging.

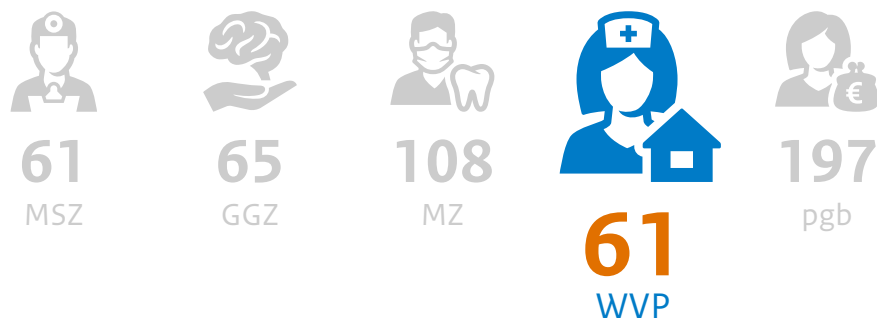
PREVENTIE

2.4.1 Een toekomstbestendig indicatieproces

Een professioneel indicatieproces is essentieel om de wijkverpleging toekomstbestendig te houden. In het sectorplan wijkverpleging is daarom de ambitie uitgesproken om het indicatieproces meer toekomstbestendig te maken door verder te standaardiseren en te professionaliseren. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zijn nadere afspraken gemaakt over het in kaart brengen van de praktijkvariatie in de indicatiestelling voor de periode 2019 tot en met 2022. Doel is de ongewenste praktijkvariatie terug te dringen en het indicatieproces door te ontwikkelen. De inzichten dragen bij aan het op gang brengen van de verbetercyclus, het vergroten

Aantal signalen over (vermoedens) van onrechtmatigheid bij het IKZ in 2017

675
signalen

Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2017 (IKZ)

van de doelmatigheid van zorg en aan de verbetering van de zorguitkomsten. Het belang van het verbeteren van het indicatieproces is ook door de TIZ-partijen in de Signaleringsbrief van 2017⁶ en 2018 benadrukt. Dit signaal wordt hiermee opgepakt.

2.4.2 Verkennen maatregelen om contractering te bevorderen

TIZ-partijen hebben in de Signaleringsbrief 2017 en 2018 aangegeven dat zij in de wijkverpleging een toename zien van het leveren van zorg zonder contract. Dit wordt bevestigd door onderzoek.⁷ Via voorwaarden in een contract, zoals afspraken waar de zorg aan moet voldoen, is het voor de zorgverzekeraar mogelijk om risico's op fouten en fraude in te perken. Deze voorwaarden zijn er echter niet bij ongecontracteerde zorg. In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging zijn afspraken gemaakt om het aandeel ongecontracteerde zorg te laten dalen. Over de wijze waarop het kabinet dit wil bereiken bent u op 9 november 2018 geïnformeerd.⁸ Daarmee wordt het signaal van de ketenpartners opgepakt. Daarnaast wordt in de signaleringsbrieven ook aangegeven dat verzekeraars bij ongecontracteerde zorg zonder betaalovereenkomst minder mogelijkheden hebben om te sturen op risico's vooraf. Dit komt doordat zorgverzekeraars bij ongecontracteerde zorg zonder betaalovereenkomst minder mogelijkheden hebben om de rechtmatigheid van de geleverde zorg te controleren (materiële controle uit te voeren) bij de zorgaanbieder. De mogelijkheden van het uitvoeren van materiële controles bij gecontracteerde en ongecontracteerde zorg wordt in het Wetsvoorstel Verbeteren Toezicht en Opsporing Wet marktordening gezondheidszorg (VTO Wmg) gelijkgetrokken. Dit wetsvoorstel is op 17 december in de Eerste Kamer behandeld en wordt in [paragraaf 3.4](#) nader toegelicht.

⁶ Kamerstukken II, 2017/18, 28 828, nr. 106

⁷ Kamerstukken II 2017/18, 29 689, nr. 885

⁸ Kamerstukken II, 2017/18, 29 689, nr. 941

2.4.3 Uitvoeren van sectorbrede risicoanalyse door NZa

Om structureel een beeld te hebben van welke risico's er spelen in de verschillende zorgmarkten, stelt de NZa risicoanalyses op. Daarin verkent de NZa de risico's die aandacht behoeven. In [paragraaf 2.1.1](#) is aangegeven dat dit voor de MSZ heeft plaatsgevonden en dat andere sectoren, waaronder wijkverpleging, volgen. Aan de hand van de resultaten van de analyses bekijkt de NZa welke zaken in het werkprogramma van de NZa een plek krijgen en welke ontwikkelingen worden gemonitord.

2.4.4 Inventarisatie van fouten binnen de sector

Actiz, Zorgthuisnl, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), NZa, Patiëntenfederatie Nederland, ZiNL, ZN en de ISZW hebben een inventarisatie gemaakt van declaratiefouten en ervaren knelpunten binnen de sector. Het resultaat is een top 10 van veelvoorkomende fouten die leiden tot onrechtmatige declaraties. Deze fouten zijn verschillend van aard en vragen om verschillende oplossingen. Het gaat bijvoorbeeld over declaratiefouten op het grensvlak van de Zvw en de Wmo 2015, registratievereisten, en onduidelijke regels met betrekking tot 24-uurs zorg. Doel is om de oorzaken te achterhalen van deze veelvoorkomende fouten en hiermee het declaratieproces en uitleg over beleidsregels en regelgeving voor zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars te verhelderen en daarmee te verbeteren.

CONTROLE

2.4.5 Verbeteren declaratieproces indien daar aanleiding toe is

Deze maatregel wordt in combinatie met de actie uit [paragraaf 2.4.4](#) 'inventarisatie van fouten binnen de sector' uitgevoerd.

2.4.6 Opstellen risicoprofiel zorgaanbieders wijkverpleging

Op basis van data-analyse heeft het IKZ onderzocht wat de kenmerken zijn van zorgaanbieders in de wijkverpleging waarbij opvallendheden zijn geconstateerd die duiden op mogelijke fouten en/of fraude. Om de potentiële fraudeur niet wijzer te maken dan zij al is, worden deze resultaten niet openbaar gemaakt. Zorgverzekeraars nemen de gedane aanbevelingen op basis van de analyses van het IKZ mee in het reguliere fraudeonderzoekproces. Ook geven de resultaten van dit onderzoek extra onderbouwing voor de keuzes van de ISZW en het Openbaar Ministerie (OM)/ Functioneel Parket voor het doen instellen van strafrechtelijk onderzoek.

2.4.7 Toets indicatiestelling door onafhankelijke derde

In het Hoofdlijnenakkoord wijkverpleging is de afspraak gemaakt dat bij ongecontracteerde zorg gebruik kan worden gemaakt van een *second opinion*, ook wel toets op de indicatiestelling genoemd. Een derde partij kan dan gevraagd worden de indicatiestelling te beoordelen indien er signalen zijn dat er sprake is van een niet-passende indicatie. Hiermee wordt het signaal uit de Signaleringsbrief 2017 en 2018 dat wijkverpleegkundigen druk ervaren om hoger te indiceren en de signalering dat het voorkomt dat er hoger geïndiceerd wordt dan nodig, opgepakt. Partijen zijn op dit moment met elkaar in overleg op welke wijze zij een *second opinion* vorm kunnen geven. Bij de nadere uitwerking is aandacht voor het borgen van de privacy,

de onafhankelijke status van degene die het instrument hanteert, de status van het instrument (wel of niet bindend) en de consequenties voor de cliënt. In 2019 is de uitwerking hiervan gereed.

HANDHAVING

2.4.8 Gerichter toezicht en handhaving

In 2018 heeft de NZa een controlereeks in de wijkverpleging uitgevoerd. Doel van deze controlereeks is het controleren of (nieuwe) zorgaanbieders voldoende invulling geven aan hun administratieplicht. Een aantal zorgaanbieders is bezocht. Na onderzoek is gebleken dat één zorgaanbieder niet aan de administratieverplichting heeft voldaan. De NZa heeft een aanwijzing opgelegd en zal binnenkort een vervolgccontrole uitvoeren om te controleren of de zorgaanbieder inmiddels wel aan deze administratieverplichting voldoet. Verder zal de NZa, met medewerking van de IGJ, een aantal nieuwe toetreders controleren. Naast de focus op nieuwe toetreders richt de NZa zich op de aanpak van fouten en fraude door ongecontracteerde zorgaanbieders.

Daarnaast onderzoekt de NZa in samenwerking met de IGJ, ISZW, OM en ZN of op korte termijn tot een gezamenlijk plan van aanpak voor een pilot kan worden gekomen voor de aanpak van (vermoedelijk) frauduleuze aanbieders in de wijkverpleging.

FRAUDEAANPAK IN DE WIJKVERPLEGING

De ISZW heeft momenteel verschillende zaken in onderzoek die (deels) zien op frauduleuze praktijken in de wijkverpleging. Daarbij gaat het om mogelijk valse indicatiestellingen (en onderaannemerschap) waarbij de zorg niet geleverd werd en gedeclareerd werd vanuit de zorgaanbieder.

Bron: ISZW



1

2



3

4

5



27





2.5 Persoons- gebonden budget

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 acties die wij met het plan rechtmatige zorg in 2018 in gang hebben gezet, zullen een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkomen en bestrijden van fraude. Op 11 december 2018 is de Tweede Kamer geïnformeerd over fraude met pgb's.⁹ Aangegeven is dat in de loop van 2019 duidelijk wordt of er tot een betrouwbare schatting van fraude met pgb kan worden gekomen. Dit is mede afhankelijk van het antwoord op de vraag of er aan een aantal registratie-eisen wordt voldaan. Zo moet de fraudeur gekenmerkt worden door een uniek registratienummer. Zodra er meer informatie is over de mogelijkheden om te komen tot een betrouwbare schatting van fraude met pgb zal de Kamer worden geïnformeerd.

⁹ Kamerstukken II, 2018/19, 28828, nr. 110

Aantal signalen over (vermoedens) van onrechtmatigheid bij het IKZ in 2017

675
signalen 



61
MSZ



65
GGZ



108
MZ



61
WVP



197
PGB

PREVENTIE

2.5.1 Uitvoeren pgb-agenda

Met de pgb-agenda¹⁰ wordt de komende jaren ingezet op acties om het pgb toekomstbestendig te maken, waarbij rekening wordt gehouden met huidige budgethouders, mensen die het pgb willen en kunnen beheren en kwetsbare mensen die dat niet kunnen. Dat gebeurt samen met de mensen en organisaties betrokken bij het pgb: budgethouders, mensen in hun sociale omgeving, vertegenwoordigers, verstrekkers, uitvoeringsinstanties, beleidsmakers, zorgaanbieders en zorgverleners, brancheverenigingen, organisaties betrokken bij controle, toezicht, handhaving en opsporing. Via zeven thema's wordt uitvoering gegevens aan het toekomstbestendig houden van het pgb. De uitwerking wordt met de betrokken ketenpartijen opgepakt. Met gerichte acties op deze thema's wordt tevens bijgedragen aan de financiële houdbaarheid van het pgb. Voor het voorkomen en bestrijden van fraude hebben wij in de pgb-agenda een aantal maatregelen aangekondigd, waaronder het in kaart brengen, samen met de betrokken organisaties, naar welke vraagstukken rondom domeinoverstijgende gegevensuitwisseling nog resterend. Indien nodig zullen wij zorg dragen voor een wettelijke grondslag voor de gegevensuitwisseling. Meer en betere informatiedeling tussen organisaties kan vroegtijdig (mogelijke) fraude signaleren. De schade voor een budgethouder en daarmee de financiële last voor de samenleving kan daarmee beperkt worden.

Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2017 (IKZ)

¹⁰ Kamerstukken II, 2018/19, kenmerk 1458856 – 185255-PPGB, d.d. 18-12-2018

2.5.2 SVB-riscoscan

De Sociale Verzekeringsbank (SVB) heeft in 2018 een scan ontwikkeld, die gemeenten inzicht geeft in 25 mogelijk risicovolle situaties op potentieel misbruik en oneigenlijk gebruik van het pgb; waaronder ook gemeente overstijgend. Daarnaast maakt de scan mogelijke risico's zichtbaar die aanleiding kunnen zijn voor nader onderzoek naar misbruik en oneigenlijk gebruik (klantniveau en thematisch). In het voorjaar van 2019 starten wij samen met de SVB en gemeenten een pilot voor het gebruik van deze scan.

CONTROLE

2.5.3 Invoeren van portaal pgb2.0

Op 18 juni 2018 zijn 1.200 budgethouders en 5.000 zorgverleners van gemeente Westland en zorgkantoor DSW gestart met een pilot met het nieuwe pgb2.0-systeem. De pilot geeft een eerste beeld van de kwaliteit en bruikbaarheid in de praktijk van het pgb-stelsel. De eerste ervaringen met de pilot zijn positief.¹¹ Op basis van de ervaringen van gebruikers wordt het systeem verder ontwikkeld. 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. 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.

¹¹ Kamerstukken II, 2018/19, 25657, nr. 299

HANDHAVING

2.5.4 Uitvoeren handhavingsstrategie pgb door gemeenten

In de eerste jaren van de decentralisatie van de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet lag de focus van de gemeenten vooral op het continueren van de zorg en ondersteuning voor burgers. Fraudepreventie en handhaving zijn daarbij nog onderbelicht gebleven, ondanks de inspanningen die de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) heeft gedaan om gemeenten te ondersteunen bij hun taken op dit gebied. Wij hebben met de VNG voor 2019 een top 6 actieplan afgesproken. Met de uitvoering van dit top 6 actieplan zijn gemeenten in staat om het beleid en kennis te borgen in de eigen organisatie en optimale dienstverlening na te streven. In 2019 zal via een halfjaarlijkse monitoring, gelijk met de monitoring Sociaal Domein van waarstaatjegemeente.nl, de stand van zaken bij gemeenten gemonitord worden. Hiermee wordt het top 6 actieplan een instrument voor en door gemeenten om elkaar te inspireren, te adviseren maar elkaar ook te sturen daar waar nodig is.

2.5.5 Pakkans moet omhoog

Gezien de toename van het aantal meldingen over (vermoedens van) pgb-fraude, de toenemende georganiseerdheid van fraudeurs, de complexiteit van zorgfraude en de verwachte toename van meldingen omdat steeds meer gemeenten hun toezicht verbeteren en zich aansluiten bij het IKZ, willen we de capaciteit bij de ISZW uitbreiden zodat zij meer zaken op kunnen pakken. De pakkans moet omhoog en fraude moet bestraft worden. Hiermee wordt actie ondernomen op het signaal uit de Signaleringsbrief 2018 van de TIZ over samenspanning. Met de huidige opsporingscapaciteit van de Recherche Zorg bij de ISZW worden 12 tot 18 strafrechtelijke onderzoeken per jaar uitgevoerd binnen de zorg. De ISZW richt zich daarbij op de grote en complexe fraudeconstructies. Wij willen dat de zaken die naar aard en omvang wel degelijk een specifiek

strafrechtelijke aanpak verdienen, ook zo behandeld kunnen worden. Daarom zullen wij met ingang van 2019 de opsporings- en vervolgingscapaciteit van de ISZW uitbreiden met circa 20 fte. De uitbreiding van de capaciteit bij de ISZW staat niet op zichzelf, daarom treden wij in overleg met de ketenpartners over de impact en keteneffecten. Met onder meer de ISZW, het OM, de Raad voor de Rechtspraak en de VNG brengen wij keteneffecten van de uitbreiding van de ISZW in beeld om nadere afspraken te maken over wat dat van eenieder vraagt.

In onderstaande tabel is een vergelijking gemaakt tussen het aantal pgb-signalen per wet in 2016 en 2017. In deze tabel is een duidelijke toename van signalen merkbaar.

Aantal pgb-signalen per wet

	2016	2017
BRON	AANTAL	AANTAL
Wlz	37	118
Wmo 2015	18	38
Zvw	<5	22
Jeugdwet	<5	4
Onbekend	<5	15
Overig	8	0
Totaal	63	197

Bron: Rapportage Signalen zorgfraude 2017 (IKZ)

PGB-FRAUDE IN DE WMO 2015, WLZ EN ZVW

Naast advies en begeleiding van onderzoeken bij gemeenten en politie naar misbruik van pgb-gelden heeft de Recherche Zorg van de ISZW verschillende strafzaken onderzocht die zien op pgb-fraude voor wat betreft zowel de Wmo 2015, Wlz als Zvw. Het betreft onderzoeken naar niet geleverde zorg, onderaannemerschap, samenspanning met budgethouders, informele zorgverlening, misbruik DigiD, betaling huisvestingskosten, oneigenlijk budgetonttrekkingen etc.

Bron: ISZW

3 WETGEVINGS- TRAJECTEN

3.1 WETSVORSTEL BEVORDEREN SAMENWERKING EN RECHTMATIGE ZORG: GEGEVENSUITWISSELING

Het wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg regelt de juridische borging van het huidige samenwerkingsverband IKZ. Het IKZ is een samenwerking van toezichthouders, opsporingsdiensten en andere partijen. Ook gemeenten zitten in dit samenwerkingsverband (vertegenwoordigd door de VNG). Inmiddels is de 100^{ste} gemeente aangesloten bij het samenwerkingsverband. Daarnaast regelt dit wetsvoorstel de mogelijkheid om fraudeurs te registreren in een Waarschuwingsregister Zorg. Met dit wetsvoorstel krijgen verschillende partijen, waaronder toezichthouders, opsporingsdiensten en zorgverzekeraars, de mogelijkheid om een signaal over fraude in de zorg in te brengen bij een nieuwe rechtspersoon met een wettelijke taak. Dit signaal wordt door deze rechtspersoon aangevuld met (persoons)gegevens van andere partijen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen, waardoor er een sterker signaal ontstaat. De rechtspersoon geeft dit versterkte signaal vervolgens door aan de partij die met dit signaal verder kan.

Parallel aan het wetgevingstraject wordt gewerkt aan de oprichting van deze nieuwe rechtspersoon. Daarnaast wordt in dit wetsvoorstel geregeld dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten gegevens over een rechtspersoon of natuurlijke persoon in een Waarschuwingsregister kunnen registreren zodat voorkomen wordt dat fraudeurs zich van de ene gemeente naar een andere gemeente verplaatsen of van het ene naar het andere zorgdomein verplaatsen. De internetconsultatie voor het wetsvoorstel is begin juli 2018 afgerond. Naar aanleiding van deze consultatie is er een gesprek geweest met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) over het goed kunnen borgen van het medisch beroepsgeheim. Daarnaast is door verschillende partijen een uitvoeringstoets gedaan voor

het wetsvoorstel. Nadat de onderliggende algemene maatregel van bestuur is opgesteld zal wederom een internetconsultatie en uitvoeringstoetsen worden gedaan. Op dit moment ligt het wetsvoorstel bij de Autoriteit Persoonsgegevens. Wij streven ernaar het wetsvoorstel naar de Tweede Kamer te sturen voor de zomer van 2019.

3.2 & 3.3 WETSVORSTEL WTZA EN AWTZA

Zowel wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)¹² als het daarmee samenhangende wetsvoorstel Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza)¹³ liggen sinds het najaar 2017 ter behandeling bij de Tweede Kamer.

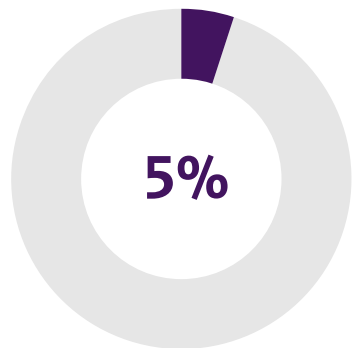
De Wtza introduceert een meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders onder de reikwijdte van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. Daarbij gaat het zowel om instellingen als solisten. Deze meldplicht heeft als doel dat nieuwe zorgaanbieders voor de aanvang van de zorgverlening in het zicht komen bij de IGJ. Het tweede doel van de meldplicht is de nieuwe zorgaanbieders voor de aanvang van de zorgverlening beter bewust te maken van de voorwaarden voor goede zorg waaraan zij moeten voldoen en hun verantwoordelijkheid hiervoor.

In de Wtza is ook een grondslag opgenomen, opdat zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders weten wie voldaan heeft aan de meldplicht. Daarmee hebben ook zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders voor de aanvang van de zorgverlening zicht op de nieuwe zorgaanbieders. We zijn in gesprek gegaan met zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, Vektis

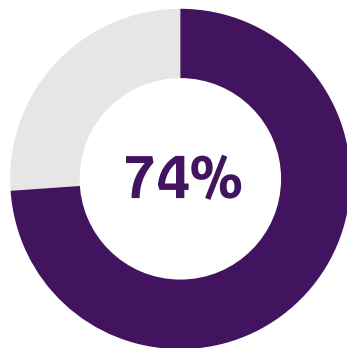
¹² Kamerstukken II, 2016/17, 34 767

¹³ Kamerstukken II, 2016/17, 34 768

Percentage zorgaanbieders dat bij bij IGJ-bezoek voldoet aan randvoorwaarden goede zorg in 2017



Bij eerste IGJ-bezoek



Bij hertoets zes weken na de vereiste verbetermaatregelen

Bron: IGJ

en CIBG om te bezien of het mogelijk is om de meldplicht als voorwaarde te stellen voor de afgifte van een Algemeen GegevensBeheer-code (AGB-code). Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders willen meewerken aan het verbinden van de meldplicht als voorwaarde voor de afgifte van een AGB-code. Daar zijn wij blij mee. Dit betekent 'niet gemeld, geen geld' en geeft een stevige financiële prikkel voor nieuwe zorgaanbieders om aan de meldplicht te voldoen. Het CIBG en Vektis zorgen samen voor de koppeling die na inwerkingtreding van de Wtza gebruikt kan worden. Ook het belang van een stevigere screening aan de voorkant, om recidive onder frauderende/disfunctionerende aanbieders te voorkomen, delen we met elkaar. Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars geven aan bij de gecontracteerde zorg al goed te kunnen sturen. Zij maken hiervoor gebruik van het portaal Raadpleging integriteit zorgaanbieders (RIZ) en willen hiervoor in de toekomst ook gebruik maken van de openbaar gemaakte rapporten en maatregelen van de IGJ en NZa. We zijn en blijven in gesprek over de uitvoering.

Een nieuwe actie ten opzichte van het programmaplan is de extra aandacht van de NZa voor de nieuwe toetreders. Vooruitlopend op de meldplicht voor nieuwe zorgaanbieders in het wetsvoorstel Wtza worden nieuw ingeschreven (potentiële) zorgaanbieders in het handelsregister gevraagd zich te melden op de site www.meldennieuwezorgaanbieders.nl. Vooruitlopend op de uitvoering van een communicatiestrategie om nieuwe zorgaanbieders beter bewust te maken van de voorwaarden voor goede zorg en hun verantwoordelijkheid hiervoor, staat sinds kort op deze website een eerste globale *checklist* van zaken die de zorgaanbieder op orde moet hebben. Daaraan is op verzoek van de NZa het correct registreren en declareren van zorg, het tijdig en juist informeren van patiënten, en het zorgdragen voor een goede besturing toegevoegd. Zo weten nieuwe toetreders ook op deze terreinen wat van hen verwacht wordt.

In de Signaleringsbrief 2018 zijn ook signalen benoemd die betrekking hebben op de Wtza. Wij verwijzen u naar [paragraaf 4.5](#) voor een volledige reactie op deze signalen.

3.4 VERBETERING TOEZICHT EN OPSPORING, WET MARKTORDENING GEZONDHEIDSZORG

Het wetsvoorstel Verbetering Toezicht en Opsporing Wet marktoordening gezondheidszorg (VTO Wmg)¹⁴ is op 17 december plenair behandeld in de Eerste Kamer. De behandeling van het wetsvoorstel is aangehouden in afwachting van het beraad van de minister voor Medische Zorg en Sport op enkele onderdelen. Hier wordt de Eerste Kamer per brief over geïnformeerd. Met dit wetsvoorstel krijgt de NZa extra handhavingsbevoegdheden, bijvoorbeeld ten aanzien van spooknota's. Bovendien wordt de situatie van materiële controles bij gecontracteerde en ongecontracteerde zorg gelijkgetrokken, waardoor zorgverzekeraars ook zonder tussenkomst van de patiënt materiële controles mogen uitvoeren bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zonder betaalovereenkomst.

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 (en behandeling) ten laste van de Wlz moet worden gedeclareerd. De aanbieder weet dan vaak niet dat de verzekerde een Wlz-indicatie (en behandeling) heeft. Onder leiding van VWS wordt aan een structurele oplossing

voor dit probleem gewerkt, voor de hele curatieve zorg. We bereiden een wetswijziging voor die tot doel heeft zorgaanbieders inzicht te bieden in Wlz-informatie, indien en voor zover dat noodzakelijk is met het oog op het juist indienen van declaraties. De beoogde datum van indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer is de tweede helft van 2019. Tegelijkertijd zijn wij in gesprek met verzekeraars en verschillende sectoren met als doel de meer korte termijn problematiek te inventariseren en waar nodig te komen tot korte termijn oplossingen.

3.6 WIJZIGING VAN DE HANDELSREGISTERWET 2007

Het wetsvoorstel Wijziging van de Handelsregisterwet 2007¹⁵ is door onze collega minister van Economische Zaken en Klimaat (EZK) in maart 2017 aangeboden aan uw Kamer. Met dit wetsvoorstel worden onder andere voorstellen gedaan ter versterking van de rol die de Kamer van Koophandel speelt bij de bestrijding van malafide praktijken. Daarbij wordt een basis geregeld voor de nadere verwerking van bestuursverboden. Dit wetsvoorstel maakt het mogelijk om een vrij raadpleegbare registratie in te richten van de bestuursverboden die onder andere langs civielrechtelijke weg aan bestuurders opgelegd kunnen worden in geval van faillissementsfraude of wanbeheer in de aanloop naar het faillissement. Over het versturen van de tweede nota naar aanleiding van het nader verslag naar uw Kamer zult u door onze collega staatssecretaris van EZK geïnformeerd worden.

¹⁴ Kamerstukken II, 2015/16, 33 980

¹⁵ Kamerstukken II, 2017/18, 34 687

4 ANDERE RELEVANTE ZAKEN

4.1 CONGRES RECHTMATIGE ZORG

In april jl. vond het derde congres 'Rechtmatige Zorg' plaats. Op dit congres is het programmaplan gepresenteerd. De ontwikkelingen die geboekt zijn bij de preventie en aanpak van fouten en fraude stonden centraal. Bijna 400 deelnemers hebben via verschillende workshops kennis genomen van de laatste ontwikkelingen over de gehele breedte van het thema rechtmatige zorg, én ook een kijkje genomen in de keuken bij andere sectoren en organisaties, buiten de zorgsector. Op het congres was een breed publiek van deskundigen aanwezig, zoals patiënt-/cliëntorganisaties, zorgaanbieders, verzekeraars, gemeenten, toezichthouders, opsporing- en hand-havingsdeskundigen en beleidsmakers. Bezoekers hebben het programma en de invulling van de diverse workshops als waardevol ervaren.

4.2 CONVENANT INZET ONAFHANKELIJK DESKUNDIGE ARTS (ODA)

De ervaringen met het Convenant inzet onafhankelijk deskundige arts (ODA) bij signalen en verdenkingen van fraude in de zorg¹⁶ maken duidelijk dat het aantal zaken waarbij de inzet van een ODA aan de orde is gekomen tot op heden nog beperkt is. Van de 12 tot 18 strafrechtelijke onderzoeken van de ISZW naar fraude in de zorg in 2018 is slechts in één zaak een ODA ingezet.¹⁷

Uit de evaluatie blijkt dat de beperkte inzetbaarheid van een ODA afhangt van de afweging door het OM in individuele zaken of medische gegevens noodzakelijk zijn om tot bewijs van de zaak te komen. Indien de inzet van een ODA noodzakelijk is, geldt een aantal voorwaarden waaraan voldaan moet zijn. Allereerst dient voor de inzet van een ODA sprake te zijn van fraude in één van de zorgsectoren waarop het convenant van toepassing is.¹⁸ Verder dient voldaan te zijn aan de in het convenant vastgelegde eisen, waaronder de vrijwillige medewerking van de verdachte arts die onderwerp van strafrechtelijk onderzoek is. Het opsporingsbelang kan zich verzetten tegen de inzet van een ODA, omdat het vragen van toestemming aan de verdachte arts de strafzaak kan schaden. Tot slot is de juridische houdbaarheid van het convenant nog niet door de rechter getoetst. In iedere concrete zaak wegen individuele zaaks-officieren bij het al dan niet inzetten van een ODA al deze aspecten af. De inzet van een ODA vergt aldus steeds een zorgvuldige afweging.

Partijen hebben afgesproken eerder met elkaar in overleg te treden in zaken waarin het niet helemaal duidelijk is of de onderzoeksopdracht binnen de omschreven taken van de ODA valt. Het convenant biedt hiertoe namelijk een opening. Ook is afgesproken de ODA eerder te betrekken bij het verzamelen van gegevens en bij het formuleren van de onderzoeksopdracht, zodat in de onderzoeksfase de juiste gegevens in beslag genomen worden die nodig zijn voor een succesvolle inzet van een ODA in de strafrechtelijke procedure.

¹⁶ Convenant gesloten tussen de KNMG, OM, ISZW, FIOD en VWS (Stcrt 2016, nr. 57996) en met ingang van 21 maart 2017 uitgebreid met de toetreding van de KNMT, de ANT en de KNGF (Stcrt. 2017, nr. 18446).

¹⁷ Ongeveer de helft van de 12 tot 18 strafrechtelijke onderzoeken door de ISZW betreffen onderzoeken naar fraude met pgb's. In dit soort onderzoeken is geen sprake van zorg waarop het convenant van toepassing is.

¹⁸ De reikwijdte van het convenant strekt zich uit tot signalen en verdenkingen van fraude in de zorg waar huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen of tandarts-specialisten bij betrokken zijn.

4.3 ONDERZOEK NAAR BEHEERSING VAN ZORGFRAUDE DOOR ZORGVERZEKERAARS

De Nederlandsche Bank en de NZa hebben medio 2018 een gezamenlijk onderzoek uitgevoerd bij vier zorgverzekeraars naar de beheersing van zorgfrauderisico's in de zorgsegmenten farmacie en wijkverpleging. Dit onderzoek richtte zich op de afhandeling van (i) fraudesignalen, (ii) maatregelen om onrechtmatige en foute declaraties te voorkomen en op te sporen en (iii) derhalve ook op de formele en materiële controles. De bevindingen uit het onderzoek zijn gerapporteerd aan de betreffende zorgverzekeraars. Deze bevindingen worden niet openbaar gemaakt om fraudeurs niet wijzer te maken dan dat zij al zijn.

4.4 TASKFORCE INTEGRITEIT ZORGSECTOR

De TIZ heeft in de aanpak van fouten en fraude een sturende en leidende rol. De samenwerking tussen de partijen in het Bestuurlijk Overleg TIZ (BO TIZ) heeft een looptijd tot en met 12 maart 2019. Het convenant waarin deze samenwerking is vastgelegd is dit najaar geëvalueerd. Alle partijen hebben aangegeven de samenwerking in de TIZ voort te willen zetten, en het TIZ-convenant per 12 maart 2019 te willen verlengen. Verbetersuggesties die uit de evaluatie voortkomen worden door de TIZ opgepakt. Daarnaast heeft de TIZ besloten dat de SVB toetreedt als convenantpartner in de TIZ.

4.5 SIGNALERINGSBRIEF TIZ

In de Signaleringsbrief 2018 delen de TIZ-partijen hun signalen over wijkverpleging, pgb, knelpunten bij gegevensuitwisseling en nieuwe toetreders in de zorg.

Signalen over wijkverpleging

In de wijkverpleging betreft het de herhaling van signaleringen uit 2017 dat wijkverpleegkundigen soms druk ervaren vanuit hun cliënten of omgeving om hoger te indiceren dan noodzakelijk is. Daarnaast geven ketenpartners aan dat zij in 2017 hebben geconstateerd dat in de wijkverpleging onverzekerde zorg wordt gedeclareerd als verzekerde zorg, dat er valse indicaties worden opgesteld, indicaties door onbevoegde zorgverleners worden afgegeven, en meer zorg wordt gedeclareerd dan feitelijk geleverd of terwijl er geen zorg is verleend. Zoals ook in de Signaleringsbrief 2018 is aangegeven zijn in het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging afspraken gemaakt om deze signalen aan te pakken. In [paragraaf 2.4](#) is nader toegelicht hoe de signalen worden opgepakt.

Signalen over het persoonsgebonden budget

In de Signaleringsbrief 2018 wordt aandacht gevraagd voor het proces van indicatiestelling en met name de toetsing van pgb-bekwaamheid door de verstrekker. De TIZ geeft aan dat uit preventief oogpunt het van belang is dat grondig wordt getoetst of het pgb de juiste zorgvorm is en of de zorgbehoevende/vertegenwoordiger in staat is de pgb-administratie te verrichten. Indien dit niet het geval is, kan de zorgbehoevende via zorg in natura de zorg ontvangen. Indien men eenmaal een pgb heeft is het belangrijk dat bij afwijkende benutting de situatie nader wordt onderzocht. We onderschrijven dat het belangrijk is dat pgb's alleen verstrekt worden aan mensen die goed in staat zijn om zelf zorg en ondersteuning van goede kwaliteit in te kopen en de zorg-

verleners aan te sturen. Indien iemand dat niet kan, kan iemand een vertegenwoordiger aanwijzen. Ook deze vertegenwoordiger moet pgb-vaardig zijn en de belangen van de cliënt voorop stellen. We zien dat dat in de praktijk nog niet altijd het geval is. We zijn daarom bezig met het opstellen van een uniform kader voor taken, kennis en vaardigheden zodat verstrekkers makkelijker en eenduidig kunnen toetsen of de budgethouder en eventueel zijn vertegenwoordiger een pgb kan beheren. In de Signaleringsbrief 2018 staat dat voor de toetsing van feitelijke levering door middel van materiële controle op initiatief van ZN de Leidraad controle op feitelijke levering PGB-Wlz 2018 wordt ontwikkeld. Doel van deze leidraad is beschrijven welke instrumenten de Wlz-uitvoerder tot zijn beschikking heeft om feiten en onzekerheden ten aanzien van de feitelijke levering te constateren en waar mogelijk te corrigeren. We willen onderzoeken of de *quick-scan* van de SVB een signaal kan afgeven als het budget bij aanvang van de budgetperiode (bijna) volledig wordt uitgediept. Met een dergelijk signaal kan er een gericht onderzoek plaatsvinden.

Signaal over knelpunten bij gegevensuitwisseling tussen ketenpartners

In de Signaleringsbrief 2018 staat dat er in de transitie van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) naar de Wlz de informatie-uitwisseling tussen het CIZ en de zorgkantoren (Wlz) en de gemeenten (Wmo2015) niet in de Wlz is opgenomen. Het ontbreken van deze wettelijke grondslag voor de uitwisseling van informatie wordt door ketenpartners als prangend knelpunt ervaren. Om werkelijk een effectieve ketenaanpak te bewerkstelligen, is de uitwisseling van informatie over de zorgdomeinen heen van essentieel belang. Wij onderschrijven dat belang. Een werkgroep onder leiding van VWS, bestaande uit vertegenwoordigers van zorgkantoren, gemeenten, ZN en de VNG is inmiddels bezig om na te gaan hoe de benodigde gegevensuitwisseling van een wettelijke grondslag kan worden voorzien.

Signalen die het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders aangaan

In de Signaleringsbrief 2018 staat dat de Wtza zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders te weinig mogelijkheden biedt om zorginstellingen aan de voorkant op deugdelijke wijze te kunnen screenen en monitoren. De ketenpartners zetten in op heldere voorwaarden en afwijzingsgronden aan de voorkant, beschikbaarheid van benodigde informatie en intrekingsgronden voor bestaande instellingen. De ketenpartners geven aan dat het wetsvoorstel in de huidige vorm onvoldoende bijdraagt aan de oplossing voor de gesignaleerde problemen van (herhaaldelijk) doorstartende, dubieuze en/of frauduleuze oprichters en/of bestuurders van (ongecontracteerde) zorgaanbieders.

Wij hechten samen met de ketenpartners aan het belang om recidive onder fraude-rende oprichters en/of bestuurders zoveel als mogelijk te voorkomen. Kernvraag daarbij is hoe dit het beste kan gebeuren. De ketenpartners wijzen daarbij op het aanpassen van de Wtza. Zoals hiervoor is aangegeven, is de Wtza geen fraudewet, maar een kwaliteitswet. De ketenpartners lijken te pleiten voor een vergunningensysteem voor alle zorgaanbieders, opdat een vergunning kan worden afgewezen of ingetrokken. Afgezien van de administratieve lasten die gepaard gaan met een vergunningensysteem, verwachten wij niet dat zo'n vergunningensysteem die oplossing biedt, die de ketenpartners en wij voor ogen hebben. Een vergunning kan namelijk niet zomaar worden geweigerd. Het weigeren van een vergunning houdt in feite een verbod in om zorg te mogen (doen) verlenen. Hiervoor is een gegronde – zwaarwegende – reden nodig. Het aantal weigerings- en intrekingsgronden bij de Wtza-vergunning is uitgebreid ten opzichte van de WTZi-toelating. Een vergunning kan bijvoorbeeld worden geweigerd als een bestuurder geen VOG kan verstrekken. Als een zorgaanbieder aan alle voorwaarden voldoet, kan een vergunning echter niet worden geweigerd. Omdat een vergunning niet zomaar kan worden geweigerd of ingetrokken, kan het zijn dat een

zorgaanbieder wel over een vergunning beschikt, maar dat de zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder in het kader van hun contracteervrijheid besluit geen contract met deze zorgaanbieder aan te gaan.

Wetgeving *an sich* is geen generieke maatregel om kwaadwillende aanbieders aan de poort te weren. Om het net rond kwaadwillende aanbieders te sluiten moeten we kijken naar een combinatie van verschillende maatregelen, wetgeving, beleid en uitvoering gezamenlijk, ieder vanuit eigen taken, rollen en bevoegdheden. Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars geven aan bij de gecontracteerde zorg al goed te kunnen sturen. Bij het pgb kunnen Wlz-uitvoerders en zorgverzekeraars sturen door de mogelijkheid om de overeenkomst tussen pgb-houder en aanbieder af te keuren. Ter vermindering van de administratieve lasten bij de screening van zorgaanbieders hebben zorgverzekeraars het portaal RIZ¹⁹ ontwikkeld. Voorts is er een wetsvoorstel in voorbereiding op basis waarvan onder andere zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders (bijzondere) persoonsgegevens kunnen uitwisselen met een nieuw op te richten rechtspersoon met een wettelijke taak (IKZ). Daarnaast komt er een Waarschuwingregister Zorg waarin zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten fraudeurs kunnen registreren om recidive tegen te gaan. Het probleem voor zorgverzekeraars zit in de ongecontracteerde Zvw-zorg zonder betalingsovereenkomst. Voor deze zorg

¹⁹ In het RIZ-portaal worden geen gegevens vastgelegd, maar slechts getoond vanuit de voor zorgverzekeraars beschikbare bronnen. Het ontsluit informatie uit het AGB-, het BIG-, het Insolventie- en het Handelsregister, Jaarverslagen Zorg, Google Streetview, het Kadaster en EDR credit services. Ook worden de UBO-check (bedoeld om de uiteindelijk belanghebbende natuurlijke persoon achter een rechtspersoon vast te stellen) en de EU-sanctielijst via het RIZ ontsloten. Er wordt gewerkt aan het toevoegen van het Extern Verwijzingsregister, een gesloten register dat alleen raadpleegbaar zal zijn voor daartoe bevoegde medewerkers van zorgverzekeraars.

kan de zorgverzekeraar haar verzekerden informeren, een voorafgaande machtiging²⁰ eisen of een cessieverbod²¹ in de polis opnemen. Dit kan echter nooit geheel recidive onder frauderende oprichters en/of bestuurders voorkomen. Over de maatregelen die we nemen om gecontracteerde zorg te bevorderen hebben we op 9 november 2018 een brief naar uw Kamer gestuurd.²²

4.6 BURGERPLATFORM

Het Nivel heeft in oktober 2018 via een burgerplatform verkend in welke mate de verzekerde een rol zou kunnen spelen in het verminderen van administratieve fouten en fraude.²³ Het burgerplatform laat zien hoe verzekerden tegen het vraagstuk aankijken. Aan het burgerplatform hebben in totaal 16 verzekerden deelgenomen. Volgens de deelnemers van het burgerplatform ligt de grootste verantwoordelijkheid in de aanpak van administratieve fouten en fraude binnen de gezondheidszorg bij de overheid en de zorgverzekeraar. Het controleren van zorgnota's is volgens de deelnemers de belangrijkste taak van burgers om administratieve fouten en fraude binnen de gezondheidszorg te verminderen. Om de verzekerde te stimuleren de zorgnota te controleren, zouden verzekerden erop geattendeerd moeten worden wanneer er een rekening online staat in de 'mijn-omgeving' bij de zorgverzekeraar. Hoe eerder de verzekerde de zorgnota kan controleren, hoe makkelijker het is

²⁰ De verzekerde moet dan vooraf toestemming vragen om gebruik te kunnen maken van een ongecontracteerde zorgaanbieder.

²¹ De verzekerde mag dan bij het gebruik maken van een ongecontracteerde zorgaanbieder zijn vordering van een vergoeding niet overdragen aan de zorgaanbieder.

²² Kamerstukken II, 2018/19, 29689, nr. 941

²³ Zie www.nivel.nl voor deze rapportage.

voor hen om te herinneren welke zorg is verleend. Echter is uit het burgerplatform gebleken dat indien een fout wordt opgemerkt dit niet altijd gemeld wordt, omdat dit te veel moeite zou zijn voor de verzekerde. Wij bespreken met ZN de mogelijkheden voor het informeren van verzekerden wanneer een nieuwe zorgnota beschikbaar is op de ‘mijn-omgeving’. Ook blijven wij verkennen welke mogelijkheden er zijn om de tijd tussen de zorgverlening en de nota te verkorten en zorgverleners en zorgverzekeraars aan te sporen adequaat te reageren op vermoedens van fouten of fraude.


4.7 REACTIE OP ZN-RAPPORTAGE RESULTATEN CONTROLE EN FRAUDEBEHEERSING 2017

De focus van het programmaplan ligt op vijf geprioriteerde sectoren. In het programmaplan is echter aangegeven dat indien zich nieuwe risico's op fouten en fraude voordoen ook daar acties op gezet worden. Jaarlijks publiceert ZN de resultaten van de controles en vastgestelde fraudes door zorgverzekeraars. Opvallend hierin is het vastgestelde fraudebedrag bij zorg in natura in een Wlz-instelling, namelijk 34% van het totaal vastgestelde fraudebedrag in 2017, terwijl deze zorgsoort in 2016 niet is vastgesteld. Dit betrof één grote fraudezaak, en geeft vooralsnog geen aanleiding voor nadere acties. We houden de ontwikkelingen bij zorg in natura in de Wlz uiteraard in de gaten.

5 MONITORING EN EFFECTMETING

Cijfers over fouten en fraude aan de hand van de indicatoren die opgenomen zijn in het programmaplan in de periode van 01-01-2017 tot 31-12-2017.²⁴

#	INDICATOREN	UITKOMST
1	Aantal fraudetoetsen voorgenomen regelgeving	24 fraudetoetsen
2	Evaluaties bestaande regelgeving (rechtmatigheid als onderdeel)	Niet van toepassing
3	Aantal nieuwe zorgaanbieders dat voldoet aan WTZa-meldplicht	Niet van toepassing
4	Percentage nieuwe zorgaanbieders dat bij 1 ^e IGJ-bezoek voldoet aan randvoorwaarden goede zorg	5%
5	Aantal geweigerde/ingetrokken WTZa-vergunningen	Niet van toepassing
6	Aantal accreditaties NVZD	80 NVZD-accreditaties
7	Aantal raden van toezicht deelname aan programma Goed Toezicht van de NVTZ	430 Raden van toezicht
8	Aantal signalen en meldingen over (vermoedens) onrechtmatigheid bij partijen als NZa en IKZ	675 signalen
9	Omvang afgewezen declaraties (vooraf) door zorgverzekeraars	€ 3,6 miljard
10	Omvang teruggevorderde declaraties (achteraf) door zorgverzekeraars	€ 372 miljoen
11	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars/-kantoren	1.146 fraudeonderzoeken
12	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin fraude is vastgesteld	311 fraudeonderzoeken
13	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'fraude-vermoeden' is vastgesteld	182 fraudeonderzoeken

 Pop up met meer informatie

 Sluitknop

²⁴ Cijfers over 2018 zijn bij het opleveren van deze voortgangsrapportage niet bekend in verband met het nog afsluiten van het kalenderjaar.

#	INDICATOREN	UITKOMST
14	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'administratieve fout zorgaanbieder' is vastgesteld	96 fraudeonderzoeken
15	Totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken door ISZW en OM	20
16	Aantal en soort maatregelen door zorgverzekeraars o.g.v. maatregelenrichtlijn	<ul style="list-style-type: none"> • 150x verzekering(en) van verzekerde (119x) of contract/ovk. met zorgaanbieder opgezegd (31x) • 124x natuurlijk/rechtspersoon geregistreerd in waarschuwingsregister • 65x verzoek gedaan aan ketenpartner om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren
17	Aantal civiel- en tuchtrechtelijke zaken door zorgverzekeraars	2 tuchtklachten
18	Aantal maatregelen handhavingspartijen	<ul style="list-style-type: none"> • Interventies bij zorgaanbieders: 498 • Interventies bij zorgverzekeraars/-kantoren: 156 • Opgelegde boetes naar aanleiding van signalen en handhavingsacties: 4 • Handhaving informatieverplichtingen: 164 • Last onder dwangsom op grond van informatieverplichtingen: 19
19	Omvang vastgestelde fraude (vastgesteld wederrechtelijk verkregen voordeel) door ISZW en OM	€ 1,1 miljoen
20	Aantal adviesaanvragen door gemeenten voor ondersteuning VNG Fraudeteam	70 adviesaanvragen
21	Omvang vastgestelde fraude door zorgverzekeraars	€ 27 miljoen

Zorgverzekeraars publiceren jaarlijks hun controle- en fraudecijfers. In onderstaande tabel hebben wij de door hen ontdekte fouten en bewezen fraude over de periode 2010-2017 opgenomen.

Omvang terugvorderingen na controles en fraudeonderzoeken zorgverzekeraars

(* € 1 MLN.)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Afgewezen bij controle vooraf ²⁵	2.300	2.100	2.600	2.300	2.000	2.400	2.700	3.600
Controle achteraf ²⁶	106	167	198	329	449	485	367	372
Fraude-onderzoek				27	53	20	24,8	31,3
Vastgestelde fraude ²⁷	6,2	7,7	6	9,3	18,7	11,1	18,9	27

Bron: Zorgverzekeraars Nederland

²⁵ Betreft onterechte declaraties afgewezen door controles vooraf (Zvw-uitgaven).

²⁶ Betreft betaalde declaraties die achteraf onjuist bleken te zijn en zijn teruggevorderd (Zvw-uitgaven).

²⁷ Betreft Zvw, AWBZ/Wlz en aanvullend pakket.

APPENDIX

#	UITLEG VAN DE UITKOMST	#	UITLEG VAN DE UITKOMST
1	<i>Aantal fraudetoetsen voorgenomen regelgeving</i>	6	<i>Aantal accreditaties NVZD</i> In 2017 zijn 80 accreditaties uitgereikt. Dit aantal is inmiddels gegroeid naar ruim 280 NVZD-accreditaties. Bron: NVZD
2	<i>Evaluaties bestaande regelgeving (rechtmatigheid als onderdeel)</i> Als gevolg van de besluitvorming in voorjaar 2018, is bij evaluaties van bestaande regelgeving in 2017 nog geen aandacht besteed aan het aspect rechtmatigheid.	7	<i>Aantal raden van toezicht deelname aan programma Goed Toezicht van de NVTZ</i> De NVTZ is in april 2017 gestart met het programma Goed Toezicht. Met behulp van het ondersteunend kwaliteits- verantwoordingsinstrument kunnen raden van toezicht laten zien hoe ze omgaan met hun professionalisering. In 2017 had 50% van het ledenbestand van de NVTZ deelgenomen aan het programma; 430. Bron: NVTZ
3	<i>Aantal nieuwe zorgaanbieders dat voldoet aan WTZA-meldplicht</i> Het wetsvoorstel Wtza ligt ter behandeling bij de Tweede Kamer. Er is dus nu nog geen Wtza-meldplicht. Wel worden sinds 2016 mogelijk nieuwe zorgaanbieders in het handelsregister aangeschreven om zich te melden op de website www.nieuwezorgaanbieders.nl en een vragenlijst in te vullen. Er zijn in 2017 16.174 mogelijke nieuwe zorgaanbieders, die zich onder onderstaande 'Standaard Bedrijfsindeling (SBI)-codes' in het handelsregister hebben ingeschreven, aangeschreven. In 2017 hebben 10.705 nieuwe zorgaanbieders zich gemeld en de vragenlijst ingevuld. Bron: CIBG	8	<i>Aantal signalen en meldingen over (vermoedens) onrechtmatigheid bij partijen als NZa en IKZ</i> Waaronder (uitgesplitst naar sector): • MSZ: 61 • GGZ: 65 • Mondzorg: 108 • Wijkverpleging: 61 • Pgb: 197 Alle signalen over mogelijke onrechtmatigheid (fouten en fraude) bij de NZa/meldpunt worden één op één doorgestuurd naar het IKZ. Na eerste beoordeling van de signalen door het IKZ krijgt de NZa de meeste signalen retour. Nb: de 136 overige signalen hebben betrekking op andere zorgdomeinen. Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2017 (IKZ)
4	<i>% van de nieuwe zorgaanbieders voldoet bij 1e IGJ-bezoek aan randvoorwaarden goede zorg</i> 5% van de nieuwe zorgaanbieders voldeed in 2017 bij het 1e IGJ-bezoek aan de randvoorwaarden voor goede zorg. Bij de hertoets zes weken na de vereiste verbetermaatregelen voldeed 74% van de bezochte nieuwe instellingen aan alle voorwaarden voor goede zorg. Bron: IGJ		
5	<i>Aantal geweigerde / ingetrokken WTZA-vergunningen</i> Het wetsvoorstel Wtza ligt ter behandeling bij de Tweede Kamer. Er is dus nu nog geen Wtza-vergunning. Wel bestaat nu de WTZI-toelating. In 2017 zijn er 172 aanvragen voor een toelating afgewezen. Dit betreft hoofdzakelijk rechtspersonen die niet voldoen aan de WTZI-transparantie-eisen. Een kwart van de afwijzingen betreft ZZP'ers waarop de WTZI-toelating zich niet richt. Verder zijn in 2017 201 toelatingen ingetrokken. Dit betreft hoofdzakelijk intrekkingen op eigen verzoek. Een kwart van de intrekkingen betreft ZZP'ers waarop de WTZI-toelating zich niet richt. Bron: CIBG		

UITLEG VAN DE UITKOMST

9 *Omvang afgewezen declaraties (vooraf) door zorgverzekeraars*

Waaronder (uitgesplitst naar sector):

- MSZ: € 864 mln. (24%)
- GGZ: € 324 mln. (9%)
- MZ: € 972 mln. (27%)

Nb: cijfers over wijkverpleging en pgb zijn niet beschikbaar.

(Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN))

10 *Omvang teruggevorderde declaraties (achteraf) door zorgverzekeraars*

Waaronder (uitgesplitst naar sector):

- MSZ: € 264,1 mln. (71%)
- GGZ: € 59,5 mln. (16%)

Nb: cijfers over mondzorg, wijkverpleging en pgb zijn niet beschikbaar.

(Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN))

11 *Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars/-kantoren*

(Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN))

12 *Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin fraude is vastgesteld*

Waaronder (uitgesplitst naar sector):

- MSZ: 61
- GGZ: 12
- Mondzorg: 28
- Wijkverpleging (incl. Zvw-rgb): 40
- Pgb-Wlz/AWBZ: 41

(Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN))

UITLEG VAN DE UITKOMST

13 *Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'fraudevermoeden' is vastgesteld*

Waaronder (uitgesplitst naar sector):

- MSZ: 36
- GGZ: 12
- Mondzorg: 17
- Wijkverpleging (incl. Zvw-rgb): 23
- Pgb-Wlz/AWBZ: 23

Nb: de 71 overige onderzoeken hebben betrekking op andere zorgdomeinen

(Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN))

14 *Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'administratieve fout zorgaanbieder' is vastgesteld*

Waaronder (uitgesplitst naar sector):

- MSZ: 14
- GGZ: 14
- Mondzorg: 6
- Wijkverpleging (incl. Zvw-rgb): 4
- Pgb-Wlz/AWBZ: 1

Nb: de 39 overige fraudeonderzoeken hebben betrekking op andere zorgdomeinen, waaronder paramedische zorg (36 onderzoeken).

(Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN))

15 *Totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken door ISZW en OM*

Vanuit het Stuur en Weegploeg-zorg zijn 20 onderzoeken in behandeling genomen door opsporing, waarvan 13 afgeronde opsporingsonderzoeken en 3 afgeronde ontnemingsonderzoeken en 4 onderzoeken die vanwege onvoorziene omstandigheden zijn stopgezet.

(Bron: ISZW)

16 *Aantal en soort maatregelen door zorgverzekeraars op grond van maatregelenrichtlijn*

(Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN))

UITLEG VAN DE UITKOMST

17 Aantal civiel- en tuchtrechtelijke zaken door zorgverzekeraars

Twee civiel- en tuchtrechtelijke zaken door zorgverzekeraars. Waarvan één tuchtklacht een gezamenlijke klacht van 7 zorgverzekeraars is tegen een huisarts en één tuchtklacht tegen een apotheker. Ook in hoger beroep zijn de klachten gegrond bevonden en de opgelegde maatregel (doorhaling in het BIG-register) is in beide gevallen gehandhaafd.

Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN)

18 Aantal maatregelen handhavingspartijen

Bron: Verantwoordingsdocument 2017 van NZa (Jaarverslag en Jaarrekening NZa 2017)

19 Omvang vastgestelde fraude door ISZW en OM (vastgesteld wederrechtelijke verkregen voordeel)

Van een viertal onderzoeken is het strafrechtelijk dossier in 2017 ingeleverd en het ontnemingsdeel pas in 2018. Het bedrag wederrechtelijk verkregen voordeel mag in die gevallen pas in 2018 worden meegeteld.

Bron: ISZW

20 Aantal adviesaanvragen door gemeenten voor ondersteuning VNG Fraudeteam

Bron: VNG

21 Omvang vastgestelde fraude door zorgverzekeraars

€ 27 miljoen, waaronder (uitgesplitst naar sector):

- MSZ: circa € 0,5 mln. (2%)
- GGZ: € 3,8 mln. (14%)
- Mondzorg: ruim € 0,5 mln. (2%)
- Wijkverpleging: ruim € 2,2 mln. 8,3%
- pgb: € 6,1 mln. (22,6%)

Overige ruim € 14 miljoen heeft betrekking op overige zorgdomeinen.

Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (ZN)