

Vergaderjaar 2006–2007

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

30 800 XVI

Vaststelling van de begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007

Nr. 19

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 mei 2007

Inleiding

Bij de begrotingsbehandeling VWS (Handelingen der Kamer II, vergaderjaar 2006–2007, nr. 32, blz. 2110–2155) heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer een overzicht van de stand van zaken zorgfraude toegezegd. Met deze brief voldoe ik graag aan die toezegging.

Hoewel uw Kamer over sommige onderwerpen de afgelopen tijd al separaat is geïnformeerd, worden die onderwerpen ten behoeve van de volledigheid van het overzicht ook in deze brief kort aangeduid, met een verwijzing naar de betreffende Kamerstukken.

Deze brief bevat vier hoofdonderdelen:

- Verzekerden
- Zorgaanbieders
- Verzekeraars
- Ontwikkelingen in de fraude-aanpak

De volgende onderwerpen komen aan de orde:

- 1.1 Stand van zaken 2006
- 1.2 Zorgpasfraude
- 2.1 Onderzoek naar doorberekening prijzen Aziatische kronen door tandartsen
- 2.2 Verrekening extra inkomsten met lumpsum medisch specialisten
- 2.3 Uitbesteding extramurale AWBZ-zorg
- 2.4 Onderzoek dbc's
- 3.1 Risicoverevening zorgverzekeraars
- 4.1 Wijziging fraude-aanpak na de invoering van de Zorgverzekeringswet
- 4.2 Zorgkantoren
- 4.3 Overdracht taken FIOD-ECD naar de Nederlandse Zorgautoriteit
- 4.4 Verbond van Verzekeraars

1. Verzekerden

1.1 Stand van zaken 2006

De stand van zaken over fraude door verzekerden wordt jaarlijks opgenomen in een rapportage van Zorgverzekeraars Nederland. Het meest recente overzicht is de rapportage *Fraudebestrijding in de Zorg – stand van zaken 2006*. De rapportage geeft de cijfers over 2005 en werd november 2006 uitgebracht. Tevens is daarin een korte evaluatie van de fraudebestrijding over de periode 2003–2005 opgenomen alsmede een plan van aanpak voor de periode 2006–2008. Hieronder treft u een samenvatting aan. De rapportage is als bijlage bijgevoegd.¹

Zorgverzekeraars Nederland is samen met de individuele zorgverzekeraars actief in de zorgfraudebestrijding. Fraudebeleid kreeg bij de zorgverzekeraars de afgelopen jaren meer en meer aandacht. De intensivering van het fraudebeleid resulteerde in 2005 in een stijging van:

- Het aantal geconstateerde fraudegevallen: 1086 (+ 31%)
- Het geconstateerde fraudebedrag: € 8,5 miljoen (+ 94%)
- Het gemiddelde bedrag per geconstateerde fraude: € 7867 (+ 48%)
- Het aantal geregistreerde personen in het fraudewaarschuwingssysteem: 187 (+ 120%)

Zorgverzekeraars Nederland publiceert sinds 2003 jaarlijks de door zorgverzekeraars opgespoorde fraude. De resultaten in de periode 2003–2005 waren als volgt:

2003 € 5.1 miljoen
2004 € 4.4 miljoen
2005 € 8.5 miljoen

De inventarisatie onder de zorgverzekeraars over 2005 laat ook zien welke maatregelen werden getroffen op het gebied van preventie, detectie, repressie en algemeen beleid.

Wat betreft preventie geven vrijwel alle zorgverzekeraars (98%) voorlichting aan eigen medewerkers, zorgaanbieders en verzekerden. Ruim de helft van de zorgverzekeraars (55%) toetst alle nieuwe producten vooraf op fraudegevoeligheid.

Om fraude te detecteren voert het overgrote merendeel van de verzekeraars (93%) «slimme controles» uit om specifieke fraudegevallen op te sporen. Het merendeel (80%) stelde op verschillende afdelingen fraudecontactpersonen aan.

Over het uitvoeren van sancties maakte 69% van de zorgverzekeraars interne afspraken.

Via managementrapportages verantwoordt 88% wat op het gebied van fraudebestrijding werd bereikt. Ten aanzien van interne fraude heeft 63% van de zorgverzekeraars een plan van aanpak opgesteld.

Zorgverzekeraars Nederland stelde op basis van de ervaringen over de afgelopen jaren een plan van aanpak vast voor de fraudebestrijding in de periode 2006–2008. De aandacht is onder meer gericht op de volgende onderwerpen:

Verbetering van de communicatie en onderzoek naar de inrichting van een meldpunt zorgfraude

- Verdere Europese samenwerking
- Verbetering van de controle op nota's uit het buitenland
- Uniformering van sancties zodat in de hele zorgverzekeringsbranche dezelfde sancties gelden bij vergelijkbare fraudegevallen

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

Voor een uitgebreider activiteitenoverzicht verwijs ik naar de bijlage bij deze brief.¹

De evaluatie over de periode 2003–2005 laat zien dat er veel bereikt is. Ik noem enkele in het oog springende punten. Alle leden van Zorgverzekeraars Nederland werken sinds 2004 verplicht met het Protocol Fraudebestrijding. Het protocol is geplaatst onder de Gedragscode voor de Zorgverzekeraar. Dit houdt in dat alle zorgverzekeraars het protocol hebben moeten ondertekenen. Zij conformeren zich daarmee aan de uitgangspunten (zoals geen concurrentie op fraudebestrijding) en verklaren de gegeven richtlijnen en aanbevelingen zoveel mogelijk op te volgen.

De richtlijnen hebben het karakter van een zwaarwegend advies en hebben betrekking op het doen van aangifte (bij eenvoudige zaken lokale politie, anders rechtstreeks bij het OM of de FIOD-ECD) en op het registratiebeleid (incidentenregister, intern verwijzingsregister en extern verwijzingsregister). De aanbevelingen zijn adviezen en gaan onder meer over de administratieve organisatie en interne controle, het omgaan met tussenpersonen en het personeelsbeleid.

Een van de effecten daarvan is dat 95% van de zorgverzekeraars fraudegevallen melden aan het Fraudeloket van het Verbond van Verzekeraars. Verder volgden circa 90 personen (voornamelijk fraudecoördinatoren en hun medewerkers) de tweedaagse cursus Fraudebestrijding in de zorgverzekeringen. De cursus wordt twee maal per jaar gegeven.

Wat de detectie van fraude betreft is het protocol materiële controle van belang. Materiële controle is het onderzoek waarbij de zorgverzekeraar nagaat of de zorgaanbieder de in rekening gebrachte prestatie leverde (rechtmatigheid) en of die prestatie het meest was aangewezen (doelmatigheid).

Met gebruikmaking van het protocol past 93% van de zorgverzekeraars «slimme controles» toe bij de controle van declaraties. Deze activiteit is nog steeds goed in ontwikkeling. Een beschrijving van het protocol materiële controle is in de bijlage opgenomen.

Zorgverzekeraars Nederland verwacht de inventarisatie fraudebestrijding over 2006 medio dit jaar af te ronden. Zodra de rapportage beschikbaar is informeer ik uw Kamer daarover.

1.2 Zorgpasfraude

Zorgpasfraude wil zeggen dat een ander dan de verzekerde gebruik maakt van het verzekeringsbewijs om kosten van medische zorg ten laste van de verzekering te laten komen. De zorgpasfraudeur zal zich dus moeten voordoen als de verzekerde persoon.

Om zorgpasfraude te bestrijden is op 1 januari 2006 de identificatieplicht (id-plicht) wettelijk geregeld.² De id-plicht geldt voor ziekenhuizen, poliklinieken en zelfstandige behandelcentra. Andere zorgvormen kunnen bij ministeriële regeling worden aangewezen.

De id-plicht houdt in:

- *de toonplicht*: de verplichting van de verzekerde om een legitimatiebewijs te overleggen als hij voor rekening van zijn zorgverzekering zorg inroept;
- *de inzageplicht*: de verplichting van de zorgaanbieder of de zorginstelling om de identiteit van betrokkene vast te stellen;
- *administratieve plicht*: de verplichting van de zorgaanbieder om het

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

² Artikel 118, Zorgverzekeringswet; artikel 10a, AWBZ.

sofi-nummer van de verzekerde in de administratie op te nemen en dit nummer op de declaratie te vermelden.¹

De verdere stapsgewijze invoering van de id-plicht was aanvankelijk mede afhankelijk gesteld van een evaluatie van de ervaringen in de praktijk. De evaluatie is voor de bredere invoering echter niet meer relevant. Het wetsvoorstel waarbij het gebruik van het burgerservicenummer in de zorg wordt geregeld voorziet namelijk in een scenario voor de invoering van de id-plicht bij vrijwel alle zorgaanbieders. Dit hangt samen met de invoering van het elektronisch patiëntendossier waarbij strikte regels worden gehanteerd voor het koppelen van een patiëntendossier aan de patiënt, die zich onder het burgerservicenummer in de zorgsector begeeft. Zowel de Wet algemene bepalingen burgerservicenummer als de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg zijn aan de Eerste Kamer aangeboden.² De Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg voorziet in een invoeringstraject van een half jaar tot een jaar waarin zorgaanbieders het burgerservicenummer op vrijwillige basis kunnen gebruiken om zo geleidelijk aan de wettelijke verplichting te wennen.

In vervolg op de antwoorden³ op vragen van de leden De Wit en Kant van uw Kamer over mogelijke zorgfraude bij open grenzen, is Zorgverzekeraars Nederland verzocht in hoeverre ziekenhuizen zich al dan niet aan de identificatieplicht houden. De signalen wijzen volgens Zorgverzekeraars Nederland in de richting van het consequent toepassen van de identificatieplicht door de ziekenhuizen. Ik zal niettemin de Nederlandse Zorgautoriteit vragen de nodige aandacht te schenken aan de naleving van de identificatieplicht.

2. Zorgaanbieders

2.1 Onderzoek naar doorberekening prijzen Aziatische kronen door tandartsen

De Nederlandse Zorgautoriteit publiceerde 24 juli 2006 de resultaten van een FIOD-ECD onderzoek naar doorberekening van de prijzen van Aziatische kronen door tandartsen. De belangrijkste reden voor het onderzoek was het traceren van hiaten in de wetgeving.

Gebleken is dat de kronen tegen een lage prijs werden ingekocht in het buitenland, maar dat het voordeel niet werd doorberekend aan de patiënt. Dit is wettelijk verboden. In totaal ging het om € 551 000 aan onterechte declaraties. De betrokken tandartsen kregen een waarschuwing. Enkele gevallen waren zo ernstig dat een proces verbaal is opgelegd. Het onderzoek was overigens niet representatief voor Nederland. Alleen de tandartsen met de hoogste omzet werden onderzocht.

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft in vervolg op het onderzoek de regels zodanig aangescherpt dat de consument duidelijk kan zien wat er wordt gedeclareerd.

2.2 Verrekening extra inkomsten met lumpsum medisch specialisten

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft onderzoek gedaan naar extramurale omzetten van medisch specialisten in 2001 en 2002 die deelnemen aan de lumpsumhonorering.

Medisch specialisten in algemene ziekenhuizen nemen veelal deel aan een lokaal initiatief lumpsumhonorering medisch specialisten. Deze lumpsum per lokaal initiatief wordt berekend door de Nederlandse Zorgautoriteit. De gedeclareerde omzet die ter dekking van de lumpsum moet worden

¹ Dit is geregeld in artikel 118, derde en vierde lid, Zvw. Deze verplichtingen zijn echter nog niet in werking getreden vanwege vertraging in het geautomatiseerde declaratieverkeer en de invoering van het gebruik van het burgerservicenummer in de zorg. De bepalingen bieden extra controlemogelijkheden: voor zorgaanbieders bij het controleren van het legitimatiebewijs, omdat dit nummer in Nederlandse identiteitskaarten, paspoorten en rijbewijzen is opgenomen, en voor verzekeraars ter controle van de verplichting van zorgaanbieders om de identiteit te controleren door vergelijken met de eigen administratie.

² Wet algemene bepalingen burgerservicenummer (Eerste Kamer 2006–2007, 30 312); Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg (Eerste Kamer 2006–2007, 30 380).

³ Tweede Kamer 2006–2007, Aanhangsel, nr. 630.

verantwoord, is onderhevig aan een vastgelegde definitie in de beleidsregel van de Nederlandse Zorgautoriteit: *Specifieke aanpassings-systematiek en verrekening lumpsum externe honorering lokale initiatieven vrijgevestigde medisch specialisten*. Alle declaraties voor hulp, verricht door de deelnemende medisch specialisten, dienen ter dekking van de lumpsum. Alleen praktijkdelen waarvoor de minister van VWS expliciet toestemming heeft verleend dat deze niet deelnemen aan het initiatief, kunnen buiten de lumpsumverrekening worden gelaten.

Begin 2005 startte de FIOD-ECD in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit een inventariserend onderzoek naar de vraag of de gedeclareerde extramurale omzet van medisch specialisten in 2001 en 2002 volledig is verantwoord zoals omschreven in de omzetdefinitie. Bij het onderzoek waren 62 medisch specialisten betrokken. Daarvan gaven 48 aan dat omzet die binnen de omzetdefinitie viel buiten de omzetverantwoording is gehouden. Van deze 48 specialisten behaalden 22 specialisten extra inkomsten waarvoor geen expliciete toestemming is verkregen.

Het onderzoek spitste zich toe op de specialismen oogheelkunde, plastische chirurgie, orthopedie en dermatologie. Van deze specialismen werken met name oogartsen en plastisch chirurgen in het ziekenhuis en in een zelfstandig behandelcentrum. Van 46% van de medisch specialisten die op meerdere plaatsen werkzaam is, bleek dat de omzet die buiten het ziekenhuis is gerealiseerd, buiten de omzetverantwoording van de lumpsum werd gehouden. Deze groep had daar niet de noodzakelijke expliciete toestemming voor.

De cijfers uit het onderzoek kunnen – gelet op de onderzoeksopzet – niet geëxtrapoleerd worden naar alle medisch specialisten die deelnemen aan een lokaal initiatief. Voor het onderzoek zijn namelijk die specialisten geselecteerd, waarvan vooraf is ingeschat dat de kans op het ten onrechte niet opgeven van omzet het hoogst is, aangezien deze specialisten ook in zelfstandige behandelcentra werkzaam zijn. Daarnaast richtte het onderzoek zich op de jaren 2001 en 2002. Sindsdien zijn er meer zelfstandige behandelcentra bij gekomen en is de kans groot dat er meer medisch specialisten zowel in een ziekenhuis als in een zelfstandig behandelcentrum werkzaam zijn.

De FIOD-ECD heeft aangegeven dat het onderzoek door onduidelijkheid in de verplichtingen van de specialisten wat betreft de gehanteerde omzetdefinitie versneld is afgerond. De Nederlandse Zorgautoriteit is van mening dat de omzetdefinitie, die sinds het begin van de lumpsum in de beleidsregels en circulaire van de Nederlandse Zorgautoriteit is opgenomen, voldoende bekend zou moeten zijn bij de specialisten.

Hoewel het onderzoek niet representatief is, wijzen de resultaten in de richting dat de medisch specialisten die deelnemen aan de lumpsum-honorering zich niet altijd aan de spelregels houden. Overtredingen kunnen eventueel met terugwerkende kracht worden rechtgezet als partijen binnen het lokaal initiatief alsnog de benodigde expliciete toestemming aanvragen en verkrijgen. Hierdoor blijft het in veel gevallen bij een administratieve overtreding.

De uitkomsten van het onderzoek zijn voor de Nederlandse Zorgautoriteit aanleiding om partijen via een circulaire te wijzen op de regels. Daarbij wordt benadrukt dat het niet volgen van de regels van de lumpsum-financiering zal worden beschouwd als overtreding van de Wet marktordening gezondheidszorg. Ik weeg het gegeven dat medisch specialisten zich niet altijd aan de regels hebben gehouden mee in besluitvorming

over de afschaffing van de lumpsum. Uitgangspunt is de lumpsum-systematiek per 1 januari 2008 af te schaffen.

2.3 Uitbesteding extramurale AWBZ-zorg

De Nederlandse Zorgautoriteit deed onderzoek naar de relaties tussen zorgaanbieders en uitbesteding in de extramurale AWBZ-zorgmarkt (uitbestedingspraktijken in de thuiszorg). Het rapport is 16 februari 2007 aan uw Kamer toegezonden¹.

Uit het onderzoek kon niet de conclusie worden getrokken dat in de extramurale zorg AWBZ-gelden structureel niet zouden worden besteed aan doelen waarvoor zij bestemd zijn.

De staatssecretaris van VWS zond uw Kamer 19 april jl. een inhoudelijke reactie op het onderzoeksrapport. Daarin is aangegeven dat er geen aanleiding is om beperkende maatregelen voor te bereiden met betrekking tot de uitbesteding van de extramurale AWBZ-zorg, dat de ontwikkelingen nauwlettend worden gevolgd en dat de Kamer over eventuele belangrijke signalen zal worden geïnformeerd.

2.4 Onderzoek dbc's

Uw Kamer is 18 oktober 2006² geïnformeerd over de resultaten van een nader onderzoek naar de eventuele onjuistheid van dbc-declaraties. Aanleiding voor dit onderzoek van een speciale taskforce was een eerder onderzoek naar dbc-declaraties van 15 juni 2006 van Vektis, het centrum voor informatie en standaardisatie voor de zorgverzekeraars. Vektis stelde in dat onderzoek dat «door analyse van de dbc-declaraties is gebleken dat er voor vier categorieën van dbc-declaraties € 566 miljoen teveel is gedeclareerd».

Een belangrijke constatering naar aanleiding van het nadere onderzoek van de taskforce was dat de FIOD-ECD geen aanleiding zag om onderzoek te starten naar frauduleus gedeclareerde dbc's.

3. Verzekeraars

3.1 Risicoverevening zorgverzekeraars

De Nederlandse Zorgautoriteit werkt met een risico-analyse model. Daarin is het risico op een onjuiste uitkering uit het vereveningsfonds als gevolg van een onjuiste vereveningsopgave als een risico met hoge prioriteit opgenomen. Dit betreft het voorkómen van het gebruik van onjuiste gegevens door fraude of door andere factoren. De huidige toezichtstructuur komt vooralsnog aan dit belang tegemoet. Het College voor zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit werken aan een verdere uitbouw van het toezicht op de juistheid van de vereveningsopgaven. Daarnaast betekent de uitbreiding van de vereveningssystematiek naar de geestelijke gezondheidszorg ook een toename van de risico's.

Er zijn geen fraudegevallen bekend die rechtstreeks op de risicoverevening betrekking hebben. De Nederlandse Zorgautoriteit is bij de controle alert op signalen over onjuistheden of fraude.

De Nederlandse Zorgautoriteit kan op grond van artikel 98 Zorgverzekeringswet en artikel 87 Wet marktordening gezondheidszorg bij onjuiste gegevensverstrekking een boete opleggen van maximaal € 10 000 000. Tot op heden zijn geen boetes opgelegd. Daarbij moet worden aangetekend dat de verantwoording over 2006 nog ontvangen en beoordeeld

¹ Tweede Kamer 2006–2007, 30 597, nr. 5.

² Tweede Kamer 2006–2007, 29 248, nr. 31.

moet worden. De zorgverzekeraars moeten de vereveningsinformatie over 2006 vóór 1 juli 2007 aanleveren. Deze informatie is onderdeel van de uitgebreidere verantwoordingsinformatie over de afwikkeling van de Ziekenfondswet en de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. De Nederlandse Zorgautoriteit rapporteert vóór 1 december 2007 aan het College voor zorgverzekeringen over de uitkomsten van het onderzoek naar de juistheid van de aangeleverde gegevens. De bevindingen komen terug in het samenvattend rapport over de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, dat mij vóór 1 december 2007 wordt toegezonden.

Een beknopte uiteenzetting over het toezicht op de risicoverevening is als bijlage bijgevoegd.

4. Ontwikkelingen in de fraude-aanpak

4.1 Wijziging fraude-aanpak na de invoering van de Zorgverzekeringswet

- *Voor de invoering van de Zorgverzekeringswet*

Het waarnemen van fraude in de Ziekenfondswet hing voor het toenmalige College toezicht zorgverzekeringen samen met het toezicht op de rechtmatigheid van de uitgaven. Uitgaven ten laste van deze verzekering mocht een ziekenfonds alleen doen voor eigen verzekerden, voor verzekerde en gecontracteerde zorg, voor het tarief dat daar – maximaal – voor stond, tegen voorwaarden die in de wet- en regelgeving waren aangegeven. Met controles moest een ziekenfonds aantonen dat aan deze eisen was voldaan. Fraude van een zorgaanbieder, door bijvoorbeeld een hoger tarief te hanteren dan was toegestaan, kwam onder meer langs deze weg aan het licht.

Daarnaast controleerde het College toezicht zorgverzekeringen of ziekenfondsen beleid hadden ontwikkeld en uitvoerden om misbruik en oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Deze controle maakte onderdeel uit van het toezicht op het financieel beheer. Deze elementen zijn beschreven in het rapport van het College toezicht zorgverzekeringen dat met andere onderzoeksrapporten over fraude in de zorg in 2003 aan de Kamer is gezonden (Kamerstukken II, 2002–2003, 28 828, nr. 1).

- *Na de invoering van de Zorgverzekeringswet*

Kernpunt van het rechtmatigheidstoezicht op de Zorgverzekeringswet is dat de overheid er zich van vergewist dat de verzekeraar zijn plichten nakomt om de verzekerde te leveren waar hij volgens de Zorgverzekeringswet recht op heeft. In die zin vindt toezicht op de rechtmatigheid van de uitvoering plaats. De Nederlandse Zorgautoriteit oefent dit toezicht uit. Binnen dit toezicht wordt onder meer gekeken naar de aanlevering van gegevens van een zorgverzekeraar voor de uitvoering van de vereveningsregeling uit de Zorgverzekeringswet. De inbreng van kosten in de verevening is een toezichtobject van de Nederlandse Zorgautoriteit. De uit te oefenen controles door zorgverzekeraars op geleverde zorg en de daarvoor vergoede prijs spelen tegelijk een rol in het voorkomen of opsporen van fraude. Ook materiële controles vormen hier onderdeel van, waarbij wordt vastgesteld of de gedeclareerde en betaalde zorg feitelijk en terecht is geleverd.

Regels rond de vaststelling van de identiteit van een verzekerde is een ander element. Daarmee wordt misbruik van de zorgverzekering aan verzekerdenkant voorkomen.

Op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg heeft de Nederlandse Zorgautoriteit de taak en de bevoegdheid regels te handhaven die betrekking hebben op de ordening en transparantie van de markt en op het hanteren van tarieven of prijzen. Langs deze weg kan de Nederlandse

Zorgautoriteit fraude van de kant van zorgaanbieders en verzekeraars aanpakken. Er is echter geen sprake van een continu proces van waarnemen, maar van gerichte inzet van specifieke instrumenten zoals enquêtes en controles ter plaatse om fraude op te sporen daar waar risico's groot zijn. Uitwerking van deze risicobenadering vindt plaats in het beleid van de toezichthouder.

De toezichttaken op de verzekering zijn derhalve bij de beëindiging van de Ziekenfondswet en de invoering van de Zorgverzekeringswet aanzienlijk gewijzigd. Het voorkomen of opsporen van fraude heeft door het onderling relateren van taken aan elkaar binnen de Nederlandse Zorgautoriteit een gelijk belang als vroeger behouden. De uitdaging is om een minstens gelijke effectiviteit met meer efficiëntie te bereiken.

- *Toezicht op de AWBZ*

Het toezicht op de AWBZ is niet gewijzigd. De Nederlandse Zorgautoriteit continueert de aanpak inzake het voorkomen en bestrijden van fraude zoals het College toezicht zorgverzekeringen die heeft ontwikkeld.

4.2 Zorgkantoren

De financiering van de intramurale AWBZ is gebaseerd op instellingsbudgettering en bevoorschotting. Het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten brengt maandelijkse voorschotten aan zorginstellingen rechtstreeks ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten.

Als in het kader van toekomstige ontwikkelingen de AWBZ (deels) wordt uitgevoerd door de zorgverzekeraars, betaalt elke afzonderlijke verzekeraar de instelling voor de verleende zorg aan zijn verzekerden. Dat vereist dat er op cliëntniveau een eenduidige relatie is tussen geleverde prestatie en de prijs ervan. Deze directe relatie tussen prijs en geleverde prestatie en de controle daarop betekent vanuit een oogpunt van fraudebeheersing een systeemverbetering waarmee het frauderisico wordt beperkt.

4.3 Overdracht taken FIOD-ECD naar de Nederlandse Zorgautoriteit

De FIOD-ECD heeft op het terrein van de tarievenwetgeving in de zorg drie taken:

- toezicht op de naleving van de tarievenwetgeving
- opsporing van strafbare feiten
- het verzamelen van beleidsinformatie (beleidsonderzoeken).

De FIOD-ECD besloot in 2005 om vanaf een bepaald moment geen beleidsonderzoeken meer uit te voeren maar zich te richten op de kerntaken: toezicht en opsporing. In verband daarmee is ambtelijk overleg gevoerd met de FIOD-ECD en de Nederlandse Zorgautoriteit om te bezien op welke wijze de Nederlandse Zorgautoriteit de beleidsonderzoeken van de FIOD-ECD kan overnemen. Het overleg resulteerde in de afspraak om de onderzoekstaken en de mankracht daarvoor per 1 oktober 2007 over te hevelen naar de Nederlandse Zorgautoriteit. Over de precieze vormgeving van de overheveling worden nog nadere afspraken gemaakt.

De Nederlandse Zorgautoriteit beraadt zich momenteel op de vraag of de toezichttaken het beste kunnen worden ingevuld door middel van branchegerichte toezichtonderzoeken in combinatie met een aanpak op systeemniveau, door in kaart te brengen welke instanties actief zijn met betrekking tot toezichts- of fraudeonderzoek.

4.4 Verbond van Verzekeraars

Recent is het Verbond van Verzekeraars gestart met het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude. Dit centrum is voor het Verbond een logische stap in de verdere professionalisering van (strategische) fraudebeheersing en vormt hét centrale aanspreekpunt. Het Verbond heeft hiermee een herkenbare en centrale afdeling om fraudebeheersing beleidsmatig verder vorm te geven.

Ook de zorgverzekeringen behoren tot het werkterrein van het Centrum Bestrijding Verzekeringsfraude. Tegen fraude in de zorgverzekeringsbranche wordt nu een vergelijkbare aanpak als bij schadeverzekeringen opgezet. Criminaliteits- en fraudebeheersing zijn voor het Verbond nadrukkelijk zaken van publiek-private samenwerking. Het Verbond van Verzekeraars werkte al nauw samen met Zorgverzekeraars Nederland.

5. Slot

Deze brief geeft een overzicht van de stand van zaken in de aanpak van fraude in de zorgsector. Ik verwacht dat Zorgverzekeraars Nederland medio 2007 de resultaten van de fraudeaanpak over 2006 naar buiten zal brengen. Zodra die rapportage beschikbaar is zend ik die uw Kamer toe.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink