

**Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden**

## 2352

Vragen van het lid **Klever** (PVV) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht «Ziekenhuisfraude van 4 miljard per jaar»* (ingezonden 15 mei 2013).

Antwoord van minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 23 mei 2013)

Vraag 1 en 2

Wat is uw reactie op het bericht dat 10% van de ziekenhuisdeclaraties vals is?<sup>1</sup>

Kunt u de genoemde bedragen aan zorgfraude onderschrijven?

Antwoord 1 en 2

Ik heb het bericht gelezen. De exacte omvang van onrechtmatige declaraties in de medisch specialistische zorg is niet bekend. Zoals ik de Kamer heb toegezegd, hebben de staatssecretaris en ik de NZa gevraagd om met een divers samengestelde onderzoekscommissie onderzoek te doen om meer inzicht te krijgen in de omvang van de zorgfraude in de cure en care en ons dit najaar de resultaten te doen toekomen.

Vraag 3

Heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de kennis en de capaciteit om deze megafraude te onderzoeken?

Antwoord 3

De NZa heeft de afgelopen jaren ervaring opgedaan met de aanpak van zorgfraude en bewezen dat zij daarvoor over het vereiste kennisniveau beschikt. De NZa heeft extra capaciteit gekregen om het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de AWBZ en de Zvw te intensiveren. Op basis van het nog uit te voeren onderzoek naar de omvang van fraude in de zorgsector zullen wij beoordelen of en in welke mate een verdere capaciteitsuitbreiding van de NZa noodzakelijk is.

<sup>1</sup> Telegraaf, 13 mei 2013

#### Vraag 4 en 5

Wat heeft de NZa in de afgelopen 3 jaren gedaan aan fraude-onderzoek? Kunt u een overzicht van de uitgevoerde fraudecontroles geven?

Toetst de NZa de verzekeraar op fraudebestrijding? Zo nee, waarom niet?

#### Antwoord 4 en 5

Met betrekking tot het correct declareren in de medisch specialistische zorg voert de NZa een interventiestrategie uit die bestaat uit een combinatie van maatregelen om een zo groot mogelijk effect te bereiken. Zo voert de NZa toezichtonderzoeken uit bij diverse mogelijke overtredders. Daarnaast investeert de NZa in een cultuuromslag in de sector door, samen met artsenorganisaties, brancheverenigingen van ziekenhuizen en verzekeraars te bewerkstelligen dat correct declareren en het bestrijden van zorgfraude gehandhaafd wordt.

De NZa heeft incorrecte declaraties al enige jaren in het vizier, denk bijvoorbeeld aan een in 2009 gestart onderzoek bij de Ommelander Ziekenhuisgroep te Winschoten. Dit heeft in 2011, na langdurige procedures over of de NZa medische dossiers mag inzien, geleid tot een boete van 500.000 euro. Nadat signalen over verboden declaratiegedrag bleven aanhouden heeft de NZa zijn aanpak in 2012 geïntensiveerd. Dit leidde onder meer tot een inval van de NZa bij het VUmc te Amsterdam in december 2012, en bij het Sint Antonius ziekenhuis te Nieuwegein in april 2013, en een nog niet publiek gemaakt onderzoek bij een derde ziekenhuis. Daarnaast is de NZa gestart met een periodieke nieuwsbrief correct declareren aan veldpartijen, en heeft zij de betrokken brancheorganisaties NVZ, NFU, OMS en ZN gemobiliseerd om hun achterban aan te spreken.

Verder worden de signalen over verboden declaratiegedrag door de NZa in juni/juli bij de betreffende ziekenhuizen en verzekeraars teruggelegd met de opdracht tot opheldering.

Maatregelen die de NZa heeft genomen richting overige zorgaanbieders met betrekking tot het onrechtmatig declareren betreffen de volgende. De NZa heeft de afgelopen twee jaar aan vier mondzorgaanbieders formele aanwijzingen gegeven, drie daarvan hebben een bestuurlijke boete gekregen en een zaak is aan de FIOD overgedragen. Ook heeft de NZa een ziekenhuis beboet. Daarnaast heeft de NZa vier ziekenhuizen aanwijzingen gegeven voor het zich onrechtmatig laten betalen voor het doorverwijzen van patiënten naar AWBZ-instellingen.

De NZa heeft twee bureaus voor thuiszorg aanwijzingen opgelegd voor het niet hebben van een juiste administratie, waardoor controle op onrechtmatig declareren niet mogelijk was. Een daarvan heeft ook twee lasten onder dwangsom gekregen en is inmiddels op aanvraag van de NZa failliet verklaard. De NZa heeft aan vijf aanbieders van intramurale AWBZ zorg aanwijzingen opgelegd voor het vragen van onrechtmatige bijbetalingen voor diensten.

Verder is de NZa het afgelopen jaar onderzoeken gestart in drie ziekenhuizen en in twee GGZ instellingen. Deze onderzoeken lopen nog.

Wat betreft de rol van verzekeraars geldt het volgende. Zorgverzekeraars mogen vergoedingen van onterechte declaraties niet inbrengen in de risicoverevening. De zorgverzekeraars hebben er dus belang bij om alleen de rechtmatige declaraties te vergoeden aan de zorgaanbieders. Via de inkoopcontracten kunnen zij afspraken maken met de zorgaanbieders over de rechtmatigheid van de declaraties en de wijze waarop de zorgaanbieders deze garanderen.

De NZa controleert de rechtmatigheid van de informatie waarop de vereveningsbijdragen, waar zorgverzekeraars recht op hebben, wordt gebaseerd. Reeds kort na de stelselwijziging in 2006 heeft de NZa via het controleprotocol de teugels aangetrokken door meer gedetailleerde voorschriften te geven en is een verdiepingsslag in het onderzoek naar de vereveningsinformatie aangebracht. In het controleprotocol 2008 zijn de aandachtspunten die de accountant bij de controle moet betrekken opnieuw uitgebreid. In het controleprotocol 2009 zijn op onderdelen nadere accenten gelegd en is het normenkader nader geconcretiseerd. Vanaf het controleprotocol 2010 is de nauwkeurigheidseis aangescherpt van 95% naar 97% (3% tolerantie).

De NZa heeft vanaf het onderzoek naar de uitvoering van de Zvw in 2010 de (verdiepende) aandacht in zijn toezicht steeds meer gericht op het beter controleren van de zorgdeclaraties door de zorgverzekeraars en haar toezicht

aangescherpt. Dat blijkt onder meer uit een toename aan toezichtmaatregelen van de NZa (waaronder het aantal gegeven aanwijzingen en opgelegde boetes).

Recent (vorige week) heeft de NZa aanwijzingen gegeven aan drie zorgverzekeraars die een onvoldoende verbeterplan voor hun controle-inspanningen op fraudebestrijding en gepast gebruik van zorg hadden aangeleverd. Ook heeft vorige week één zorgverzekeraar een aanwijzing gehad omdat een verbetertraject op de controle van declaraties niet tijdig is afgerond. Verder staat een andere zorgverzekeraar reeds een jaar onder verscherpt toezicht voor het verbeteren van de (materiële) controle op de zorgdeclaraties. De NZa heeft met drie verzekeraarsconcerns vier normoverdragende gesprekken gevoerd over de verbetering van de controle op zorgdeclaraties en het opstellen van de financiële verantwoordingen.

De NZa voert daarnaast regulier gesprekken met alle zorgverzekeraarsconcerns en met Zorgverzekeraars Nederland, waarbij onderwerpen als controle op fraude en gepast gebruik van zorg nadrukkelijk op de agenda staan.

De NZa is eind 2012 gestart met boeteonderzoeken bij vijf zorgverzekeraars. Ik constateer dat het aantal interventies van de NZa de laatste jaren gestaag toeneemt zowel qua aantal als intensiteit, en ik weet dat de NZa scherp in de gaten houdt of een verdere toename noodzakelijk is. Daarbij speelt een rol of de sector verbeteringen laat zien naar aanleiding van de door de NZa reeds toegepaste santie-instrumenten.

#### Vraag 6

Gaat de NZa boetes opleggen aan de verzekeraar als zij onregelmatigheden vaststelt die de verzekeraar zelf had moeten vaststellen?

#### Antwoord 6

Ja. De NZa legt de betreffende verzekeraar eerst de onderzoeksbevindingen voor hoor en wederhoor voor. Vervolgens volgt een formele rapportage van de bevindingen, met een (informatie)verzoek tot verbeteringen waar nodig. Vervolgens volgt zo nodig een maatregel zoals een aanwijzing, last onder dwangsom en/of een boete. Overigens is de NZa als zelfstandig bestuursorgaan onafhankelijk in haar keuzes om in concrete gevallen voor bepaalde maatregelen te kiezen.

#### Vraag 7

Zijn er in voorgaande jaren afspraken gemaakt tussen de NZa en de verzekeraars en/of tussen de verzekeraars en ziekenhuizen over de controle? Zo ja, welke afspraken?

#### Antwoord 7

In het kader van de Taskforce Integriteit Zorgsector (voorheen: Regiegroep Zorgfraude van het ministerie van VWS) neemt Zorgverzekeraars Nederland deel aan overleggen en werkgroepen. De NZa neemt deel aan een periodiek overleg van Zorgverzekeraars Nederland over het verbeteren van de controle op declaraties en de bestrijding van zorgfraude. In deze overleggen worden afspraken gemaakt.

De NZa legt in haar regelgeving normen op voor de uitvoering van de controle door zorgverzekeraars (verantwoordingsvoorschriften).

De NZa onderzoekt jaarlijks de inspanningen die verzekeraars en zorgkantoren leveren om de formele en materiële eisen die aan rechtmatige zorg worden gesteld, te controleren. Zij rapporteert haar bevindingen jaarlijks via individuele rapporten aan de betreffende zorgverzekeraar en/of zorgkantoor. Hierin zijn opgenomen correcties en de verbeterpunten die de zorgverzekeraars, ook in het kader van hun controle-activiteiten, moeten oppakken. Voorts zijn de volgende collectieve afspraken gemaakt tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars om te zorgen voor verbetering van declaraties:

1. Er is een convenant afgesloten voor de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) inzake registratie en facturering. Partijen hebben met het convenant gezamenlijk hun verantwoordelijkheid genomen om afspraken te maken over correct declareren.
2. Daarnaast is er ook een convenant gesloten over declaraties in de keten en de controles daarop (convenant ketenprocessen medisch specialistische zorg). Dit met het doel om de declaraties en controles in de keten zo

efficiënt mogelijk uit te kunnen voeren en zo goed mogelijk op elkaar te kunnen laten aansluiten.

**Vraag 8**

Bent u nog steeds van mening dat een meldplicht voor zorgfraude ongewenst is?

**Antwoord 8**

Ja, een meldplicht vind ik ongewenst. Ik erken het belang van meldpunten waar mensen hun vermoedens van fraude kwijt kunnen en waar signalen serieus worden opgepakt. Zoals ik in mijn eerdere beantwoording op vragen van Kamerlid Klever heb aangegeven (TK 2012/13, aanhangsel 1830) vind ik een meldplicht niet effectief om fraude op te sporen en aan te pakken. Betrokkenheid van mensen doordat zij hun rekening kunnen inzien en begrijpen vind ik een veel betere manier om extra controle op gebruik van gedeclareerde zorg te geven.

**Vraag 9**

Wordt het niet tijd dat het kabinet zelf de regie gaat nemen nu de omvang van de zorgfraude groter lijkt dan de bouwfraude?

**Antwoord 9**

Dit kabinet zet zwaar in op de fraudebestrijding. In het Regeerakkoord geeft het kabinet aan in te zetten op het actief bestrijden van misbruik en fraude en het zo inrichten van alle regelingen, dat ze houdbaar en toegankelijk blijven nu de vergrijzing toeneemt en de beroepsbevolking daalt. Ik verwijs u in dit verband naar mijn brieven van 15 februari 2013 (TK 2012/13, 32 620, nr. 79), 26 maart 2013 (TK 2012/13, 28 828, nr. 22), en 5 mei 2013. De daar vermelde maatregelen betekenen systeemverbeteringen waardoor fraude in de zorg kan worden teruggedrongen.

**Vraag 10**

Deelt u de mening dat het zakken vullen met verplicht afgedragen premiegeld een ernstig vergrijp is, en dat frauderende ziekenhuisdirecties vervolgd moeten worden?

**Antwoord 10**

Ik vind het onverteerbaar als er wordt gefraudeerd met zorggeld. Daarom draag ik er al het mogelijke aan bij om te bereiken dat fraude wordt voorkomen en waar het toch voorkomt dit wordt opgespoord en bestraft. Daar ben ik sinds mijn aantreden ook volop mee bezig. Een beslissing over al dan niet vervolgen van frauderende ziekenhuisdirecties is aan het Openbaar Ministerie.

**Toelichting:**

Deze vragen dienen ter aanvulling op eerdere vragen terzake van het lid Bouwmeester (PvdA), ingezonden 13 mei 2013 (Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2012–2013, nr. 2351)