

Vergaderjaar 2002–2003

28 828

Fraudebestrijding in de zorg

Nr. 2

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 april 2003

1. Inleiding

Fraude in de zorg moet bestreden worden, preventief en repressief. Het vóórkomen van fraude in op solidariteit gebaseerde systemen kan immers leiden tot een ondermijning van deze solidariteit. De recente aandacht voor het onderwerp – zowel in de Tweede Kamer als in de media – is een signaal om alert te blijven en het zorgsysteem zo goed mogelijk op fraudebestendigheid in te richten, nu en in de toekomst.

Ik heb om naar aanleiding van de recente publiciteit op zeer korte termijn meer zicht te krijgen op de risico's van fraude in de zorgsector, het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ), het College tarieven gezondheidszorg (CTG) en de FIOD-ECD, alsmede de Auditdienst van mijn ministerie verzocht een frauderisico-analyse uit te voeren. Ik heb tevens professor dr. R. J. van der Veen, verbonden aan de Faculteit Bedrijf, Bestuur en Technologie van de Universiteit Twente, gevraagd de leiding van deze onafhankelijke risico-analyse op zich te nemen. De verschillende rapporten – aan uw Kamer toegezonden op 28 maart 2003 (Kamerstukken II, 28 828, nr. 1) – geven een gedegen inzicht in de risico's van fraude in de zorg. Daarbij zond ik ook de brief van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) van 20 maart 2003. Tevens is de uitvoeringstoets van het CVZ van 27 maart 2003 over de invoering van een identificatieplicht van belang; de conclusies daaruit zijn in dit standpunt verwerkt. Ik spreek mijn waardering uit voor het vele werk dat alle betrokkenen in korte tijd hebben verricht.

Met deze brief zend ik u mede namens de staatssecretaris van VWS het standpunt op de frauderisico-analyse.

2. Wat is zorgfraude?

Fraude is volgens Van Dale: *«bedrog bestaande uit vervalsing van administratie of ontduiking van voorschriften»*. Deze definitie is niet zonder meer te gebruiken bij zorgfraude. In de praktijk heeft dat in ons land tot verschillende definities geleid. De onderzoekers halen in dit verband onder meer de definities aan die de voormalige Ziekenfondsraad, Zorgverzekeraars Nederland en het College van toezicht op de zorgverzekeringen hanteren. De onderzoekers hebben een werkdefinitie ontwikkeld voor de afzonderlijke rapportages. In de werkdefinitie is het intentionele element (het *bewust* doen of nalaten) beklemtoond dat ook in het algemeen begrip zoals Van Dale dat weergeeft, doorklinkt. In hun eindrapport is zorgfraude: *«het bewust handelen of nalaten in strijd met wet-en regelgeving en/of het opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens met het doel hierbij ten onrechte uitgaven voor verstrekkingen (daaronder begrepen verstrekkingen in natura) en/of uitgaven voor beheer ten laste van de voor zorg bestemde (particuliere en publieke) middelen te brengen, minder te betalen ten laste van die middelen of er extra inkomsten uit te ontvangen.»*

Deze werkdefinitie is voldoende helder voor degenen die fraude in de zorg moeten tegengaan. Het kabinet zal zich nader beraden op de definitie van fraude, vanuit de wens om het fraudebegrip op verschillende beleids-terreinen te uniformeren.

3. Fraude in de zorg: gerichte aanpak in realistisch perspectief

De frauderisico-analyse plaatst het fraude-thema met argumenten in een realistisch perspectief. Het sterk relativeren van de aanvankelijk veronderstelde fraude-omvang, zoals de analyse doet, betekent overigens niet dat er geen reden tot zorg is. De voornaamste conclusie van het eindrapport van de frauderisico-analyse is dat er – gelet op de frauderisico's – zonder meer bepaalde zwakke plekken zijn. De onderzoekers noemen als risicogebieden in het huidige systeem: zorgpasfraude, declaratiefraude van verzekerden, declaratiefraude van vrijgevestigde beroepsbeoefenaren, fraude van aanbieders in de thuiszorg, en fraude bij het vaststellen van instellingsbudgetten.

De onderzoekers richten hun blik ook op de toekomst. Het eindrapport geeft aan dat de mogelijkheden tot frauderen in de gezondheidszorg onder andere afhankelijk zijn van de hoeveelheid transacties en van de grenzen die financiële en administratieve systemen stellen aan deze transacties. Daarbij waarschuwen zij dat de modernisering van de zorg het aantal transacties vergroot, waardoor de kans op fraude toeneemt. De onderzoekers bevelen aan om vanuit het perspectief van het beheersen van de kosten van de zorg en het tegengaan van fraude, de moderniseringsplannen nauwkeurig op negatieve gevolgen te analyseren.

Zoals ik in mijn brief van 14 februari 2003 (kamerstuk 28 600 XVI, nr. 107) over dit onderwerp aangaf, heb ik er voor gekozen om de *risico's* van fraude, en niet de *omvang* ervan, in kaart te laten brengen. Ik achtte het mét de Kamer van belang om op korte termijn inzicht te krijgen in de mogelijkheden van fraude in het huidige stelsel. Een onderzoek naar de exacte omvang van fraude (zo dat al goed mogelijk is) zou het gewenste inzicht niet op de korte termijn die daarvoor beschikbaar was – een maand – kunnen geven. Ik verzocht de onderzoekers wel om op basis van bestaand materiaal na te gaan of er harde indicaties zijn over de omvang van de fraude.

De onderzoekers – Van der Veen en Groenendijk – geven een beschouwing over de omvang van de fraude, zonder dat zij daar onderzoek naar hebben gedaan. In het eindrapport staat de vraag centraal: *Welk risico bestaat er op fraude in de (publieke en particuliere) gezondheidszorg door de wijze*

waarop administratieve en financiële systemen en processen zijn vormgegeven, alsmede de wijze waarop controle en toezicht zijn georganiseerd?

De onderzoekers geven aan op welke plaatsen in de zorg de uitgaven gezondheidszorg níet kwetsbaar of mínder kwetsbaar zijn voor fraude. Dit betekent dat het totale bedrag dat fraudegevoelig is, lager is dan het totale budget «uitgaven gezondheidszorg». De onderzoekers komen met dezelfde percentages als in het CMC-onderzoek daardoor op een lager bedrag uit dan in het CMC-onderzoek is genoemd. Zij komen op basis van de grote rol van budgettering, lump-sum-systemen en tarifiering in het stelsel tot de conclusie dat de mogelijke omvang van de fraude waarschijnlijk een kleiner bedrag is dan de 700 miljoen tot 4 miljard euro die eerder is genoemd. Dit laat onverlet dat, óók wanneer gefraudeerd wordt zonder dat dit grote budgettaire gevolgen heeft, er nog steeds sprake is van fraude, waartegen maatregelen moeten worden getroffen. Niet de omvang, maar het feit dat fraude vóórkomt is voldoende om maatregelen te nemen. Nog sterker gesteld: ongeacht verdere inzichten in de omvang van fraude vind ik het nodig om gerichte nadere maatregelen te nemen. Dáár wil ik de aandacht op richten. Deze maatregelen gaan langs drie actielijnen en ik licht ze in paragraaf 4 van deze brief toe.

De uitzending van Nova van 29 januari 2003, waarin verontrustende berichten over fraude in de zorgsector naar buiten kwamen, stelde twee onderzoeken centraal: het onderzoek dat in opdracht van ZN is verricht door Compliance Methodology Consultants (CMC) *Reden tot zorg*, en het onderzoek van de Fraude Unit Oost van het Openbaar Ministerie *Zorg om zorgfraude*. Op grond van beide onderzoeken werd een zeer omvangrijke fraude in de zorg verondersteld.

De onderzoekers van de frauderisico-analyse hebben beide onderzoeken nader bekeken en zijn kritisch over de kwaliteit ervan. Op het CMC-onderzoek valt volgens hen dermate veel af te dingen, dat het leggen van een relatie met fraude-omvang onverantwoord is te noemen. Over het onderzoek van de Fraude Unit Oost van het Openbaar Ministerie merken de onderzoekers op dat de stelligheid, waarmee in het rapport conclusies worden getrokken en aanbevelingen worden gedaan, in het geheel niet wordt gerechtvaardigd door de onderzoeksopzet noch door de verantwoording.

Van der Veen en Groenendijk constateren dat beide onderzoeken methodologisch sterk te wensen over laten. Deze onderzoeken rechtvaardigen dus niet de conclusie dat fraude in de zorgsector vóórkomt in de omvang die deze onderzoeken – en in navolging daarvan de media – suggererden.

Op deze wijze vaststellen wat de omvang van fraude *niet* is, is iets anders dan aangeven wat de omvang van die fraude *wel* zou kunnen zijn. Hoewel ik eerder aangaf dat ik de beschikbare energie vooral op een praktische aanpak en dito maatregelen wil richten, zou ik het toch onbevredigend vinden om het vraagstuk van de omvang verder geheel onaangeroerd te laten. Ik ben er van overtuigd dat het geen zin heeft om een groot onderzoek naar de totale omvang van fraude in de zorgsector te (laten) verrichten. Daarvoor zullen zoveel aannames en speculatieve benaderingen moeten worden gehanteerd, dat het risico groot is dat opnieuw geen gezaghebbende uitspraken zullen kunnen worden gedaan. Ik acht het wel mogelijk dat zinvol onderzoek wordt gedaan waarin, bijvoorbeeld aan de hand van steekproeven, dieper wordt gekeken naar het daadwerkelijk voorkomen van fraude op terreinen die in de tot nu toe uitgevoerde analyse als risicovol zijn aangemerkt. Ik wil daarvoor binnenkort spreken met zowel Zorgverzekeraars Nederland als de onderzoekers die de frauderisico-analyse hebben uitgevoerd, om te bezien welke reële mogelijkheden hiertoe bestaan. Ik verbind daar wel aan dat alvorens diepte-

onderzoek wordt uitgevoerd, eerst een afweging van de naar verwachting daaraan verbonden kosten en baten plaatsvindt.

4. Aanpak zwakke plekken: drie actielijnen

De frauderisico-analyse schetst een onderbouwd beeld waar frauderisico's in de zorg bestaan, in hoeverre er op dit moment reeds beheersingsmaatregelen zijn en wat er in de toekomst verder aan kan worden gedaan. Het bestaande zorgstelsel heeft als systeem belangrijke kenmerken die het risico van fraude op zich beperkt houden. Dat neemt niet weg dat elk geval van fraude er één te veel is. Nadrukkelijk merk ik op dat ook fraude die, met ongetwijfeld de beste bedoelingen, gericht is op het verbeteren van zorg, niet aanvaardbaar is.

Maatregelen zijn noodzakelijk en mogelijk. Ik denk vooral aan het verbeteren van de controles op de feitelijke levering van zorg door zorgverzekeraars, het verbeteren van het inzicht in en de toegankelijkheid van de administratie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars bij het declaratieverkeer, alsmede het versterken van het maatschappelijk verantwoord functioneren van zorgaanbieders (good governance). De voorstellen van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) om identificatie in de ziekenfondsverzekering in te voeren vind ik ook de moeite waard. In het algemeen moet de eigen verantwoordelijkheid van de verschillende partijen maximaal gebruikt worden in het fraudebestendig maken van het systeem.

Ik wil de fraudeproblematiek in de eerste plaats aanpakken door betere controles en het verbinden van sancties aan misbruik bij zorgleverantie en declaratie. In de tweede plaats is investeren in transparante systemen (ICT, zorgpas, vermindering van bureaucratie) van groot belang. De derde actielijn betreft het vóóraf toetsen van beleidsplannen én uitvoering op fraudegevoeligheid.

In het vervolg van deze paragraaf licht ik deze actielijnen toe. Ik onderscheid daarbij als aandachtsgebieden: verzekeringen en zorgverzekeraars (4.1), verzekerden (4.2) en zorgaanbieders (4.3).

4.1 Verzekeringen en zorgverzekeraars

– Sociale ziektekostenverzekeringen

Het CTZ heeft op een overzichtelijke manier de misbruikmogelijkheden en de beheersingsmaatregelen in het huidige sociale zorgverzekeringsstelsel beschreven. Het CTZ heeft vanuit de knelpunten daarin gekeken op welke risico's in het bijzonder de aandacht gericht moet worden. Met name de benadering hiervan op de verschillende verstrekkingen van de Ziekenfondswet en de AWBZ trekt de aandacht.

Het CTZ wijst op verschillende vormen van controle die misbruik aan het licht zouden moeten brengen. Dergelijke controlemaatregelen zijn verplicht, maar uit de toezichtpraktijk bleek dat ziekenfondsen deze controles te weinig uitvoerden. Ziekenfondsen hebben hier inmiddels meer aandacht voor en het CTZ beveelt aan de ontwikkelingen goed in de gaten te houden. Het CTZ wijst er overigens op dat verschillende ziekenfondsen in het verleden onder een regime van verscherpt toezicht zijn geplaatst toen bleek dat de uitvoering van de betreffende controles duidelijk onder de maat was.

Ik stem in met de aanbeveling van het CTZ, met de volgende aantekening. Het reguliere toezicht toont alleen met een zekere vertraging aan of de gewenste verbetering er ook is geweest. De verbeteringen waaraan

ziekenfondsen nú werken, blijken uit de verantwoordingsdocumenten over het jaar 2003, die in maart 2004 worden uitgebracht en waarover het CTZ uiterlijk in november 2004 oordeelt. Daar gaat dus de nodige tijd mee heen. Ik stel mij daarom voor dat het CTZ samen met het CVZ duidelijker aangeeft aan welke normen de betreffende controles moeten voldoen en wat dit betekent voor de beoordeling van de verantwoordingsproducten van de ziekenfondsen. Daarnaast bespreek ik binnenkort met het CTZ de mogelijkheid van een afzonderlijk kort onderzoek naar de materiële controles die de ziekenfondsen uitvoeren. Als uiterste rapportagedatum geldt 1 november van dit jaar. Daarmee is een versnelling van ten minste één jaar mogelijk ten opzichte van de hierboven geschetste tijdspanne tussen verbetering en evaluatie daarvan. Dit incidentele onderzoek laat overigens de gebruikelijke verantwoordingssystematiek van ziekenfondsen en de beoordeling daarvan door het CTZ gewoon intact.

Ik gaf al aan dat het belangrijk is dat de verzekerde een door een zorgaanbieder opgestelde declaratie controleert. De verzekerde kan immers eenvoudig aangeven of een ingreep of behandeling al dan niet heeft plaatsgevonden. Ik zie dit element terug in het rapport van het CTZ waar wordt beschreven hoe een ziekenfonds de voorgeschreven materiële controles anders uitvoert. Dit ziekenfonds gebruikt voor deze controle een steekproef van verzekerden aan wie het fonds declaraties terugkoppelt. Het CTZ meldt dat nog geen conclusies zijn te trekken over de effecten en de effectiviteit van deze aanpak. Ik ben het eens met het CTZ dat op korte termijn moet worden nagegaan of deze wijze van controleren ook elders ingevoerd moet worden en op welke wijze dat het beste kan. Ik vraag het CTZ daartoe het initiatief te nemen.

ZN wijst er bij het uitvoeren van controles door ziekenfondsen op, dat een zorgaanbieder soms medewerking aan controle weigert, zelfs in de gevallen dat de controle plaatsvindt via de medisch adviseur. Blijkbaar wordt in dergelijke gevallen gemakkelijk een beroep gedaan op de bescherming van de privacy van de verzekerde respectievelijk patiënt. ZN stelt daarom voor de controlemogelijkheden vast te omschrijven om problemen daarover in de praktijk te voorkomen. Ik onderzoek op welke wijze de problemen waar ZN op wijst, met inachtneming van de privacy van verzekerden, kunnen worden opgelost.

Het CTZ stelt dat de frauderisico's in de AWBZ beperkt zijn. Dit komt – net als bij de ziekenfondsverzekering – door gecombineerde beheersing van een naturastelsel en een specifiek bekostigingssysteem. De ontwikkelingen in het systeem leiden er echter toe dat een precisering van de zorg per cliënt optreedt en dat ook de wijze van bekostiging verandert; dit is op dit moment bij de thuiszorg te zien. Voor de beheersing van frauderisico's zijn daarom afdoende controles nodig en daarvoor moet vooral de informatievoorziening tussen verschillende schakels op orde zijn. Het CTZ vraagt hiervoor de nodige aandacht en ik deel die opvatting. Momenteel wordt de invoering van een AWBZ-breed zorgregistratiesysteem (AZR) voorbereid. Dat systeem maakt elektronische gegevensuitwisseling mogelijk tussen indicatieorganen, zorgkantoren en zorgaanbieders. Het AZR vormt de basis voor het contracteren van zorg, de levering en de bekostiging, én de noodzakelijke controle. Ik verwijs in dit verband naar de rapportages die de Kamer over de voortgang van de invoering van de AZR ontvangt.

Het CTZ bekijkt in zijn toezicht op de zorgverzekeraars ook in hoeverre ziekenfondsen beleid ontwikkelen en uitvoeren tegen misbruik en oneigenlijk gebruik (M&O beleid). Het CTZ concludeerde bij de beoordeling van de uitvoeringsverslagen van ziekenfondsen over 2001 dat er geen

sprake was van systematisch en gestructureerd misbruikbeleid. De ziekenfondsen deden wel het nodige maar het was allemaal erg versnipperd. Het CTZ signaleert na een eerste blik op de uitvoeringsverslagen over het jaar 2002 dat er nu een meer systematische aanpak is. De brief van ZN van 20 maart 2003 geeft aan dat uit een recente enquête blijkt dat circa 70% van de zorgverzekeraars een specifiek op de fraudebestrijding in de zorg gericht beleidsplan heeft, dan wel met de ontwikkeling daarvan bezig is. Ik acht ontwikkeling en uitvoering van een adequaat beleid tegen misbruik en oneigenlijk gebruik belangrijk. Ik zal in samenspraak met ZN, het CVZ en het CTZ bevorderen dat verdere ontwikkelingen krachtig worden gestimuleerd. Ik streef ernaar dat zorgverzekeraars vanaf het uitvoeringsjaar 2003 een adequate M&O-aanpak hebben. Hierbij heb ik onder andere ook de aanstelling door zorgverzekeraars van fraudecoördinatoren voor ogen. Ik vraag het CTZ de ontwikkelingen te volgen en daarover te rapporteren. Daarnaast zal ik het CVZ verzoeken de ontwikkeling van nadere voorschriften over de toerekening van beheerskosten binnen concerns te versnellen.

– Particuliere ziektekostenverzekeringen

Fraude is ook in de bedrijfsvoering bij particuliere ziektekostenverzekeraars een belangrijk onderwerp. Verzekeraars zijn verantwoordelijk voor het goed uitvoeren van de verzekering en daar hoort ook een actief fraude-bestrijdingsbeleid bij. De totale zorgsector is ermee gediend óók fraude in de particuliere ziektekostenverzekeringen tegen te gaan. De particuliere ziektekostenverzekeraars hebben hier ook financieel belang bij.

ZN heeft beheersingsinstrumenten ontwikkeld ter voorkoming en opsporing van fraude. De Auditdienst constateert dat verzekeraars op heel verschillende wijze van dit beheersingsinstrumentarium gebruik maken. De Auditdienst wijst er voorts op dat het toezicht dat de Pensioen- en Verzekeringskamer (PVK) uitoefent op de particuliere ziektekostenverzekeraars, niet is ingericht om fraudemogelijkheden en samenhangende beheersmaatregelen bij de verzekeraars in beeld te brengen. Het toezicht richt zich vooral op het waarborgen van de rechten van de verzekerden. Uitzondering daarop is de uitvoering van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen 1998 (WTZ 1998) waarop de PVK voor mij en de minister van Financiën toezicht houdt. Hierin staat de rechtmatige uitvoering van de omslagregeling centraal. Ik vraag de PVK in dit toezicht expliciete aandacht te geven aan het M&O-beleid van de verzekeraars en de Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO).

Ik vraag ZN hoe particuliere ziektekostenverzekeraars de in de frauderisico-analyse genoemde verbeteringsuggesties en aanbevelingen kunnen overnemen.

4.2 Verzekerden

– Uitwisseling van gegevens in de sociale ziektekostenverzekeringen

Zoals de risico-analyse aangeeft, is het risico van fraude bij het vaststellen van het recht op verzekering in belangrijke mate teruggedrongen. Ik onderschrijf de conclusie dat problemen in de sociale ziektekostenverzekeringen zich hier goeddeels lijken te beperken tot niet-rechtmatig in Nederland verblijvenden, waaronder illegalen, en dus relatief weinig voorkomen. De aansluiting van ziekenfondsen op de gemeentelijke basisadministratie, het verifiëren van gegevens bij de belastingdienst, het verstrekken van eenzelfde soort gegevens door de werkgever en de elektronische uitwisseling van gegevens hebben bijgedragen tot het aanmerkelijk terugdringen van frauderisico's. Desalniettemin bereid ik een wetsvoorstel voor om de mogelijkheid om gegevens te verifiëren en te

controleren verder te ondersteunen. Daardoor wordt de afhankelijkheid van informatie van belanghebbenden minder en de kans op ontdekking van eventueel misbruik groter. Dit wetsvoorstel geeft onder meer een wettelijke basis aan elektronische gegevensuitwisseling bij ziekenfondsen. Tevens krijgt het sofi-nummer een rol in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998. Ik wil dit voorstel oktober 2003 aan de Tweede Kamer aanbieden.

- Zorgpasfraude

Een zwakke plek die ook blijkt uit de frauderisico-analyse en die het CTZ ook nadrukkelijk vermeldt, is dat met het verzekeringsbewijs niet kan worden vastgesteld dat degene die een beroep doet op zorg, ook echt de verzekerde is. Het verzekeringsbewijs is fraudegevoelig, omdat het geen persoonskenmerken heeft. Degene die zorg vraagt, is met het tonen van een verzekeringsbewijs immers nog niet geïdentificeerd. Een pasje kan verhuurd, uitgeleend of gestolen zijn. Dit is de zogenaamde «zorgpasfraude». Zorgpasfraude vindt waarschijnlijk vooral plaats waar in een redelijke anonimiteit zorg wordt verleend. Zorgpasfraude wordt waarschijnlijk vooral gepleegd door onverzekerden, waaronder niet-rechtmatig in Nederland verblijvende personen.

De deelrapportages van het CTZ en de Auditdienst bepleiten het invoeren van een identificatieplicht voor verzekerden op het moment dat men zorg gebruikt, maar geven ook aan dat een identificatieplicht in sommige gevallen een té zwaar middel kan zijn, bijvoorbeeld bij thuiszorg. Het CVZ adviseert de identificatieplicht in te voeren voor degene die zich als verzekerde presenteert. De zorgaanbieder moet dan de identiteit van de betrokkene verifiëren. De zorgverlener die nalaat de identiteit van de patiënt te controleren, kan de kosten niet bij het ziekenfonds declareren. Het College meent verder dat dit op termijn niet alleen moet gelden voor opname in een ziekenhuis, maar ook bij grote huisartsenposten en poliklinieken. ZN stelt voor de identificatieplicht te beperken tot ziekenhuiszorg.

Ik bereid een wetsvoorstel voor, dat een verzekerde wettelijk verplicht om zich te identificeren als hij gebruik wil maken van zorg op grond van de Ziekenfondswet of de AWBZ. De zorgaanbieder op zijn beurt moet nagaan of degene die zich als verzekerde presenteert ook daadwerkelijk degene is die hij zegt te zijn en moet dit in zijn administratie vastleggen. Hoewel het CVZ voorstelt de identificatieplicht eerst in te voeren bij opname in een ziekenhuis en pas later over te gaan tot uitbreiding naar huisartsenposten en poliklinieken, wil ik gelijktijdig met de identificatieplicht voor zorg in ziekenhuizen deze ook invoeren voor poliklinieken. Ik zie de invoering van de identificatieplicht als een groeitraject; uitbreiding ervan naar andere zorgsectoren kan naderhand stapsgewijs plaatsvinden.

De maatregel wordt onderdeel van hetzelfde wetsvoorstel dat de wettelijke basis regelt voor elektronische gegevensuitwisseling in de ziekenfondsverzekering en de invoering van het sofi-nummer in de Wtz 1998. Ik zal er bij ZN op aandringen om ook voor particulier verzekerden invoering van de identificatieplicht te bevorderen.

- Declaratiefraude

Fraude met het vervalsen (wijzigen, figneren) van declaraties door verzekerden komt weinig voor, omdat zowel de Ziekenfondswet als de AWBZ recht geven op zorgverlening in natura. In de publieke zorgverzekeringen is dit frauderisico beperkt, omdat de verzekerde hier meestal geen rekening ziet. Een uitzondering hierop is de hulp van niet-gecontracteerde zorgaanbieders waarvan de verzekerde de kosten declareert. Dit gaat met name over in het buitenland verleende zorg. De rapportage geeft aan dat

zorgverzekeraars bij de uitvoering van Ziekenfondswet en de AWBZ weinig sanctiemogelijkheden hebben tegen deze vorm van fraude.

Het CVZ gaf in de uitvoeringstoets van 27 maart 2003 aan dat het opschorten van verzekeringsaanspraken technisch moeilijk uit te voeren is. Het CVZ heeft ook bedenkingen over de proportionaliteit en de effectiviteit van zo'n maatregel. Daarom stelt het CVZ twee alternatieven voor: verhoging van de nominale premie en opschorting van de mogelijkheid om declaraties in te dienen. Ik ben van mening dat de sancties die zijn vermeld in de uitvoeringstoets van CVZ van 27 maart 2003 voor dit moment de meest geschikte zijn om in een wetsvoorstel op te nemen. In geval van fraude met declaraties door verzekerden krijgen de ziekenfondsen de mogelijkheid om als sanctie de nominale premie te verhogen. In de AWBZ bestaat geen nominale premie. Daarom stel ik voor om in dat geval bij fraude opschorting van de declaratiemogelijkheid in te voeren. Ik ben van mening dat ik hiermee effectieve instrumenten inzet om fraude te bestrijden. De genoemde maatregelen zullen onderdeel vormen van het eerder aangeduide wetsvoorstel, dat ik in oktober 2003 aan de Tweede Kamer hoop te kunnen aanbieden.

Ik vind wel dat de uitvoering van nieuwe beheersingsmaatregelen en de kosten van de uitvoering in een redelijke verhouding moeten staan tot het gedeclareerde (gefraudeerde) bedrag. Ik vind daarom mét het CTZ, dat het beter is om met gerichte risicoanalyses te werken en als ziekenfondsmaatregelen te treffen als specifieke signalen daar aanleiding toe geven.

4.3 Zorgaanbieders

De frauderisico-analyse van FIOD-ECD en het CTG richtte zich op zorgaanbieders, instellingen en individuele beroepsbeoefenaren, waarvan het merendeel onder de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) valt.

De rapportage laat zien dat CTG en FIOD-ECD niet weten hoe en hoeveel zorgaanbieders frauderen met declaraties. Het deelrapport geeft wel een indicatie; fraude is vooral mogelijk bij het declareren van meer of andere dan de wettelijk toegestane tarieven. Daarnaast wijst het rapport op het ontbreken van administratievoorschriften, waardoor de gevoerde administratie moeilijk te controleren is. Een aanvullend probleem is dat zorgverleners zich bij opsporingsactiviteiten nogal eens beroepen op hun beroepsgeheim.

Verder wijst het CTG er op dat het van oudsher een andere wettelijke opdracht heeft dan het bestrijden van fraude. Het CTG moet zorgen voor een goed tariefstelsel om de beschikbare middelen rechtvaardig te verdelen, mede om de kosten in de zorg te beheersen. Dat blijkt ook uit de wettelijke instrumenten van het CTG; die zijn niet expliciet op het voorkomen van fraude gericht. Desalniettemin kan ook het CTG bijdragen aan de terugdringing van fraude en de mogelijkheden daartoe. Te denken valt aan goede voorlichting aan patiënten, verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders; aan transparante en tegen fraude bestendige beleidsregels; aan betere gegevensuitwisseling tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars; en aan gegevensuitwisseling met toezichhoudende instanties als het Staatstoezicht op de volksgezondheid en de NMA. Waar nodig zal ik de WTG hiervoor wijzigen.

Ik herinner aan mijn brieven van 14 en 25 februari 2003 (kamerstuk 28 600 XVI, nrs. 107 + 109), waarin ik een aantal voornemens aankondigde om declaratiefraude van zorgaanbieders te beperken. Het gaat om voorschriften over de administratie van zorgaanbieders en zorgverzekeraars, over de inrichting van de declaraties van zorgaanbieders, over het

declaratieverkeer, en over de wijze waarop tarieven door zorgaanbieders bekend moeten worden gemaakt aan patiënten.

Een wijziging van de WVG is op handen in verband met het invoeren van een expliciete mogelijkheid om te experimenteren, het soepel en beheerst overgaan naar prestatiebekostiging en het terugdringen van administratieve lasten. Ik streef ernaar dit wetsvoorstel vóór het zomerreces – dat wil zeggen uiterlijk 26 juni 2003 – aan de Tweede Kamer aan te bieden.

Daarnaast overweeg ik aanpassingen van de regels voor de jaarverslaglegging van zorginstellingen ex WZV, zoals een overzicht van geldstromen in verband met deelnemingen (publiek-privaat). De instellingsaccountant beoordeelt daarbij of aan de wettelijke voorschriften is voldaan. Hij dient daarbij in zijn onderzoek mede oog te hebben voor signalen die wijzen op mogelijke verschijnselen van fraude en daarvan in zijn rapport melding te maken.

5. Slotbeschouwing

Het is positief dat de frauderisico-analyse laat zien dat op grond van de in de Nova uitzending van 29 januari 2003 aangehaalde onderzoeken de conclusie niet gerechtvaardigd is dat fraude in de zorgsector vóórkomt in de financiële omvang die deze onderzoeken – en in navolging daarvan de media – suggereerden. Niettemin vind ik dat elke fraude bestreden moet worden. De recente aandacht voor fraudepreventie, zowel in de media als in de politiek, heeft daarom ook een positieve kant. Ik beschouw het als een signaal om alert te zijn en te blijven en het systeem zo goed mogelijk op fraudepreventie en bestrijding te blijven inrichten. De onderzoekers laten de zwakke plekken in het systeem zien en daar moeten alle betrokken partijen hun voordeel mee doen bij het terugdringen van fraude in de zorg.

Veranderingen in het zorgstelsel veranderen de kenmerken van het systeem ook. Het eindrapport laat zien dat de beoogde veranderingen kunnen leiden tot een toename van de potentiële frauderisico's. Die risico's zijn te beheersen als we daar in het in het beleid tijdig aandacht aan besteden. Ik zal daarom eerder dan voorheen over nieuwe ontwikkelingen in het zorgstelsel vooraf een toezichttoets vragen. Bij de voorgenomen modernisering van het zorgstelsel worden voorts effectieve prikkels aangebracht om fraude te signaleren en te voorkomen. Een voorbeeld daarvan is het inmiddels gerealiseerde risicodragend financieren van ziekenfondsen. Dit geeft ziekenfondsen een rechtstreeks belang om zich in te spannen voor het opsporen en bestrijden van fraude.

Ik geef met deze brief aan dat fraude in de zorg moet worden bestreden en ik neem de signalen die daarover recent zijn afgegeven serieus. De frauderisico-analyse doet waardevolle suggesties voor verbetering. Maatregelen zijn noodzakelijk en mogelijk; een aantal voorbeelden daarvan heb ik de revue laten passeren. Zoals aangegeven, ga ik zowel in het huidige stelsel als in het gemoderniseerde zorgverzekeringsstelsel verder nieuw fraudebeleid ontwikkelen langs drie actielijnen:

1. betere controle en sancties verbinden aan misbruik als het gaat om zorgleverantie en declaratie;
2. investeren in transparante systemen (ICT, zorgpas, vermindering bureaucratie);
3. intensiever gebruik van de mogelijkheid om nieuwe maatregelen vóór invoering te laten toetsen op de mogelijkheden voor toezicht en handhaving.

Tot slot informeer ik de Tweede Kamer in de jaarlijkse rijksbrede kabinetsrapportages over misbruik en oneigenlijk gebruik op het gebied van belastingen, sociale zekerheid en subsidies periodiek over de bereikte voortgang.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. J. de Geus