

PROGRAMMAPLAN

RECHTMATIGE

ZORG

Aanpak van Fouten en Fraude 2015 - 2018

INHOUDSOPGAVE

1.	INLEIDING	3
2.	ANALYSE	5
2.1	Onrechtmatigheden	5
2.2	Afbakening.....	5
2.3	Inzicht in omvang van onrechtmatigheden in de zorg	6
2.4	Analyse van het probleem.....	6
2.4.1	Mogelijke verschijningsvormen.....	7
2.4.2	Mogelijke oorzaken en risico's op onrechtmatigheden	8
2.4.3	Belemmeringen voor een effectieve aanpak.....	10
3.	PLAN VAN AANPAK.....	11
	Gezamenlijke aanpak, ieder vanuit eigen rol en verantwoordelijkheid	11
	Samenhang in de keten	13
	Voortborduren op successen, extra inzet waar nodig	14
Thema 1.	Ketenbrede samenwerking	16
	A. Versterken aansluiting van rollen en aanpak in de keten	16
	B. Investeren in kennisontwikkeling en kennisdeling in de keten.....	17
	C. Vraaggestuurd ondersteunen van gemeenten op het thema rechtmatige zorg.....	17
Thema 2.	Preventie	19
	A. Verduidelijken en fraudebestendig maken van wet- en (declaratie)regelgeving.....	20
	B. Verder verbeteren bewustwording en administratieve organisatie en interne controle bij aanbieders.....	21
	C. Weren van potentiële fraudeurs bij toegang tot de zorg.....	22
Thema 3.	Controle	23
	A. Effectief inrichten van controles en samenwerking zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders.....	24
	B. Verduidelijken en vergroten van controlemogelijkheden	24
	C. Actieve controle zorgrekeningen en melden vermoedens van fouten of fraude door patiënten en cliënten.....	25
Thema 4.	Handhaving.....	26
	A. Vergroten capaciteit bij handhavingspartners en mogelijkheden voor gegevensuitwisseling	26
	B. Verdere versterking samenwerking tussen handhavingspartijen	27
	C. Betere en passende inzet van verschillende handhavingsinstrumenten	28
4.	HOE VERDER?	29

1. INLEIDING

rechtmatige zorg: voorkomen fouten en aanpakken fraudeurs zorgbrede, samenhangende aanpak

Er gaat jaarlijks veel geld om in de zorg, dat wordt opgebracht door de premie- en belastingbetaler. Wij vinden dat zij er op moeten kunnen vertrouwen dat elke euro die aan zorg wordt uitgegeven ook rechtmatig is en dus overeenkomt met de zorg die is geleverd. Als vanzelfsprekend moet iedereen zich aan de regels houden. Ook in de gezondheidszorg. Met dit programma zetten wij een volgende stap om rechtmatigheid in de zorg te bevorderen. Samen met de sector werken we aan het zoveel mogelijk voorkomen van onrechtmatigheden als het gevolg van fouten. Daar waar regels bewust worden overtreden, pakken we fraudeurs gezamenlijk stevig aan.

Met ons eerdere plan van aanpak fraudebestrijding, de intensivering van de aanpak van pgb-fraude en de oprichting van samenwerkingsverbanden zoals de Taskforce Integriteit Zorg (TIZ) en de projectgroep Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD) zijn al goede stappen gezet om fouten te voorkomen en fraudeurs effectief te kunnen aanpakken.^{1,2} De verschillende betrokken partijen spelen daarin een onmisbare rol. De gezamenlijke inzet werpt zijn vruchten inmiddels ook af. Over de belangrijkste stappen en resultaten hebben wij u in verschillende voortgangsrapportages bericht.³

Er gaat veel goed, maar we zijn er nog niet. Uit verschillende signalen blijkt dat er, mede als gevolg van ingewikkelde regelgeving en onvoldoende bewustzijn, nog regelmatig fouten voorkomen in declaraties. In sommige gevallen wordt er opzettelijk en doelbewust in strijd met regels gehandeld met het oog op eigen of andermans gewin. Dat is onacceptabel. Fraudeurs overtreden niet alleen de regels, zij ondermijnen ook het vertrouwen in de integriteit van de andere zorgaanbieders en zorgverzekeraars en tasten daarmee het draagvlak in de samenleving aan om bij te dragen aan de zorgkosten.

Met dit programma investeren we daarom in een verdere versterking van de rechtmatigheid van de zorg, met een zorgbrede, samenhangende aanpak van fouten en fraude, ten aanzien van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet. Een gezamenlijke aanpak door de gehele keten staat daarbij centraal, van het zoveel mogelijk voorkomen dat onrechtmatigheden zich voordoen, tot het tijdig signaleren en corrigeren van onrechtmatigheden bij controles en een effectieve en passende handhaving bij overtredingen.

RECHTMATIGE ZORG

Het programma Rechtmatige Zorg richt zich op het verder voorkomen en aanpakken van onrechtmatigheden in de zorg die ten laste komen van de voor de zorg bestemde middelen.

Het gaat daarbij om preventie en bestrijding van:

Fouten, waarbij regels als gevolg van onduidelijkheid, vergissingen of onoplettendheid onbedoeld worden overtreden.

Fraude, waarbij opzettelijk en doelbewust in strijd met de regels wordt gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.

¹ Kamerstukken II, 2012/2013, 28 828, nr. 50

² Kamerstukken II, 2012/2013, 25 657, nr. 96

³ Meest recent in de derde voortgangsrapportage, Kamerstukken II, 2013/2014, 28 828, nr. 75

Wij stemmen dit programma af met andere, verwante trajecten die zijn gestart rond vereenvoudiging, verduidelijking en aanscherping van wet- en regelgeving en het beperken van de kosten van de zorg, zoals het stimuleren van kostenbewustzijn en het tegengaan van verspilling in de zorg. Ook bewaken wij bij de uitvoering de balans ten opzichte van andere beleidsdoelen, zoals het stimuleren van innovatie in de zorg, het belang van privacy en het terugdringen van administratieve lasten. Waar opportuun leggen we verbinding met andere kabinetstrajecten gericht op fraudebestrijding, zoals de aanpak van fraude met sociale voorzieningen en identiteit- en adresfraude.

Dit programmaplan geeft allereerst een analyse van het vraagstuk op basis van bestaande onderzoeken en analyses (hoofdstuk 2). Vervolgens presenteren wij, mede op basis van deze analyse, onze plannen gericht op verdere versterking van rechtmatigheid in de zorg (hoofdstuk 3). Deze aanpak is gebaseerd op een sluitende keten, waarbij we kijken naar preventie, controle en handhaving, en waarin elke partij zijn eigen verantwoordelijkheid oppakt, om fouten te voorkomen dan wel om fraudeurs aan te pakken. Daarbij sluiten wij aan bij de goede initiatieven die reeds door veldpartijen, handhavingpartners en het ministerie van VWS zijn ingezet. Daar waar nodig bouwen wij hierop voort met een aantal concrete nieuwe initiatieven die wij de komende jaren binnen dit programma oppakken.

2. ANALYSE

onrechtmatigheden verschillende verschijningsvormen oorzaken in complexiteit en gedrag belemmeringen in informatie-uitwisseling en samenwerking

Een belangrijke stap in de aanpak van onrechtmatigheden in de zorg is het verkrijgen van beter inzicht in het fenomeen. Een beter beeld van de belangrijkste kwetsbaarheden en risico's maakt een meer gerichte aanpak mogelijk. Dit hoofdstuk geeft op basis van onderzoek en gesprekken met partijen in de sector een overzicht van de bestaande kennis over de aard, verschijningsvormen en oorzaken van onrechtmatigheden in de zorg. Daarnaast gaat het in op (mogelijke) belemmeringen die een effectieve aanpak volgens partijen in de weg kunnen staan. Omwille van de leesbaarheid is ervoor gekozen om daarbij een beschrijving te geven van het fenomeen in algemene zin. Uiteraard bestaan er verschillen tussen de domeinen en sectoren in de zorg ten aanzien van de aard en omvang van onrechtmatigheden en de mate waarin specifieke risico's zich voordoen. Waar onderdelen specifieke deelsectoren raken, is dit aangegeven. In het plan van aanpak (hoofdstuk 3) gaan wij specifiek in op de verschillende initiatieven die in de diverse sectoren reeds zijn ingezet.

2.1 Onrechtmatigheden

Wanneer wij het in dit programmaplan over onrechtmatigheden hebben, dan gaat het om handelingen die in strijd zijn met wet- of regelgeving en die ten laste komen van middelen die voor de zorg bestemd zijn. Meer concreet gaat het om zorg die onrechtmatig in rekening wordt gebracht omdat de declaratie niet overeenkomt met de (mate van) geleverde zorg of omdat de zorg onterecht ten laste van de Zvw, de Wlz, de Wmo 2015 of Jeugdwet wordt gedeclareerd. Deze onrechtmatigheden kunnen voorkomen doordat er fouten worden gemaakt als gevolg van complexiteit van regelgeving of door vergissingen. Maar het komt ook voor dat er opzettelijk of strategisch in strijd wordt gehandeld met wet- en regelgeving. Bijvoorbeeld om op die manier (meer) geld te verdienen. Wij maken daarom onderscheid tussen:

- Fouten** waarbij regels als gevolg van onduidelijkheid of vergissingen onbedoeld worden overtreden.
- Fraude** waarbij opzettelijk en doelbewust in strijd met de regels wordt gehandeld met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.

Met deze omschrijving van fraude sluiten wij aan bij de gebruikte definitie zoals deze door de Taskforce Integriteit Zorg (TIZ) is opgesteld. Daarbij is sprake van de volgende drie elementen: financieel verkregen voordeel, overtreden van (declaratie)regels en opzettelijk en misleidend handelen.

2.2 Afbakening

Dit programma richt zich op rechtmatigheid in alle vier de zorgdomeinen, te weten de Zvw, de Wlz, de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Het gaat daarbij zowel om zorg in natura, als zorg en ondersteuning ingekocht via persoonsgebonden budgetten (pgb). Waar wij in dit programmaplan spreken over zorg, doelen wij op alle zorg en ondersteuning die binnen deze domeinen wordt geleverd. De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg), die op verschillende plaatsen in dit programmaplan naar voren komt, heeft betrekking op de Zvw en Wlz. Onrechtmatigheden kunnen in de diverse domeinen en sectoren verschillen in aard, omvang en achtergrond. De domeinen en sectoren kennen immers een verschillende verantwoordelijkheidsverdeling en bekostiging.

Het aanpakken van onvolkomenheden in de kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld als gevolg van fraude met diploma's of onder- of overbehandeling, is eveneens belangrijk voor het werken aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg, maar valt buiten de reikwijdte van dit programma. Datzelfde geldt voor inspanningen gericht op deregulering en het tegengaan van oneigenlijk gebruik en ondoelmatige zorg. Deze thema's hangen nauw samen met rechtmatigheid, maar pakken we samen met de sector met verschillende andere trajecten op, zoals de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda medisch-specialistische zorg en de aanpak van verspilling in de zorg.^{4,5} Bij de inspanningen in het kader van het programma Rechtmatige zorg sluiten we uiteraard nauw aan bij deze verwante trajecten.

2.3 Inzicht in omvang van onrechtmatigheden in de zorg

In juli 2013 hebben wij de NZa gevraagd een raming te geven van de omvang van fraude. De NZa geeft in het eindrapport van haar onderzoek aan dat zij, de beperkingen van de beschikbare methodologie wegende, niet op een verantwoorde en betrouwbare wijze een totaalcijfer voor zorgfraude kan bepalen.⁶ De in opdracht van de NZa uitgevoerde analyse naar onregelmatigheden in declaratiedata binnen verschillende deelsectoren biedt naar haar oordeel wel inzicht in gevallen waar het mis kan zijn en geeft daarmee belangrijke input voor het toezicht, verdere verbetering van de controles van zorgverzekeraars en nader onderzoek.

Verschiedende andere analyses en schattingen laten uiteenlopende getallen zien, vaak op basis van eveneens uiteenlopende definities en onderzoeksmethoden. Ook de zorgverzekeraars presenteren jaarlijks de uitkomsten van eigen controles en fraudeonderzoeken.⁷ Hoewel de exacte berekeningen en schattingen van onrechtmatigheden tussen onderzoeken uiteenlopen, maken de verschillende bronnen wel gezamenlijk duidelijk dat een verdere inzet op het voorkomen en tegengaan van onrechtmatigheden in de zorg noodzakelijk is. Er worden nog regelmatig regels overtreden, onbedoeld dan wel bewust. Dat beeld wordt versterkt door verschillende signalen van zorgverzekeraars, toezichthouders en opsporingsdiensten over geconstateerde onrechtmatigheden in de zorg.

2.4 Analyse van het probleem

Het inzicht in de verschijningsvormen en oorzaken van onrechtmatigheden in de zorg is de afgelopen periode door de versterkte aandacht vanuit het veld en bij handhavingspartijen gegroeid. Voor zorg vallend onder de Zvw, en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de invoering van de Wlz, heeft de NZa de

SIGNALEN VAN ONRECHTMATIGHEDEN

In de controles van zorgverzekeraars en het toezicht van de NZa komen regelmatig declaraties naar boven waarbij niet in overeenstemming met regels lijkt gehandeld.

- In veel gevallen gaat het daarbij duidelijk om fouten, zoals ontbrekende informatie of onjuiste patiëntgegevens. Deze fouten worden vaak bij de controles door zorgverzekeraars gesignaleerd en in overleg tussen verzekeraar en aanbieder gecorrigeerd.
- In andere gevallen komt de gedeclareerde zorg niet overeen met de geleverde zorg of lijkt dit zeer onwaarschijnlijk. Het gaat dan bijvoorbeeld om een uitzonderlijk hoog gedeclareerd aantal bezoeken aan een zorgaanbieder. De NZa signaleerde in haar onderzoek naar onregelmatigheden bijvoorbeeld 74 bezoeken van een patiënt aan een apotheek en 587 behandelingen fysiotherapie bij een patiënt in een jaar. In deze gevallen is minder duidelijk of er een fout is gemaakt of dat regels bewust zijn overtreden.
- In een aantal gevallen is duidelijk dat regels bewust zijn overschreden. Door de NZa bestrafte overtredingen betreffen bijvoorbeeld het in rekening brengen van behandelingen die niet hebben plaatsgevonden; het declareren van hogere bedragen dan de door de NZa vastgestelde tarieven en het ten onrechte rekenen van duurdere tarieven voor complexe behandelingen, terwijl er sprake was van standaard behandelingen.

⁴ Kamerstukken II, 2013/2014, 33 620, nr. 121

⁵ Kamerstukken II, 2013/2014, 33 654, nr. 7

⁶ NZa (2014). *Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg*

⁷ ZN (2014). *Persbericht 'Zorgverzekeraars besparen 356 miljoen euro door controles*

belangrijkste risico's in acht deelsectoren in kaart gebracht.⁸ Daarnaast heeft het ministerie van VWS, samen met de NZa, I-SZW, FIOD en het OM, diverse risicoanalyses gemaakt van verschillende deelsectoren.⁹ Ook zijn diverse meer specifieke onderzoeken uitgevoerd naar aspecten die met het fenomeen samenhangen, zoals normaleleving en upcoding.^{10, 11} In aanloop naar dit programmaplan is daarnaast gesproken met een groot aantal experts, (vertegenwoordigers van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en toezicht- en opsporingsmedewerkers over de belangrijkste risico's op onrechtmatigheden en mogelijke belemmeringen die een effectieve aanpak in de weg staan. Deze paragraaf geeft een overzicht van de opgedane kennis en inzichten op basis van het onderzoek en de gesprekken. De analyse heeft nog voornamelijk betrekking op de zorgdomeinen Zvw en Wlz (voorheen AWBZ) omdat hier al de meeste kennis over is opgedaan.

2.4.1 Mogelijke verschijningsvormen

De NZa geeft in haar onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg een beschrijving van mogelijke risico's op onrechtmatigheden in de zorg.¹² Aangevuld met kennis uit risicoanalyses, ervaringen vanuit toezicht en opsporing ontstaat een globaal beeld van de belangrijkste verschijningsvormen van onrechtmatigheden. Onderstaande tabel geeft een overzicht. Bij de meeste vormen kan er zowel sprake zijn van een onbedoelde fout als van fraude. Er kunnen zich (in specifieke deelsectoren) nog andere vormen van onrechtmatigheden voordoen.

Vorm	Omschrijving
Spookzorg	Zorg wordt gedeclareerd, terwijl deze niet is geleverd. Dit kan bijvoorbeeld als fictieve patiënten worden opgevoerd, ten onrechte instellingstoelagen in rekening worden gebracht of behandelingen worden gedeclareerd die niet hebben plaatsgevonden bij bestaande patiënten (valselijk opgemaakte medische verklaringen).
Onverzekerde zorg (pakketfraude)	Onverzekerde zorg wordt als verzekerde zorg gedeclareerd. Dit is vooral een risico wanneer zorg alleen onder bepaalde voorwaarden onder het basispakket valt.
Dubbele bekostiging	Geleverde zorg wordt dubbel geclaimd: 1) bij de patiënt en bij de zorgverzekeraar. 2) op basis van meerdere bekostigingssystemen. 3) bij aanbieders met een vaste en een variabele component doordat iets dat al in de behandeling zit via de toeslag nog een keer extra wordt gedeclareerd. 4) door het openen van meerdere DBC's voor één zorgvraag, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling.
Foutieve declaraties	
<u>Opknippen</u>	Onderdelen van een bundel zorgactiviteiten worden apart gedeclareerd met hogere kosten.
<u>Upcoding</u>	Er wordt een duurdere behandeling gedeclareerd dan is geleverd.
Tegen/om de patiënt	
<u>Verwijsvergoeding</u>	Onrechtmatige werving van patiënten, bijvoorbeeld door een verwijsvergoeding te betalen aan huisartsen.
<u>U-bochtconstructie</u>	Het ontvangen van een dubbele vergoeding door een onderdeel van een bundel zorgactiviteiten apart in rekening te brengen. Het gaat dus om een combinatie van dubbel declareren en opknippen.
<u>Onterechte bijbetalingen</u>	Patiënten moeten ten onrechte bijbetalen voor zorg die in de geleverde prestatie hoort.
Te hoge indicatie	De zorgbehoefte van een patiënt of cliënt kan ernstiger worden voorgesteld dan deze in de realiteit is.
Pgb-fraude	Frauderen met het persoonsgebonden budget doordat: 1) het budget aan iets anders wordt besteed dan zorg, 2) de hoogte van de declaratie niet overeen komt met de ingekochte of geleverde zorg, 3) de cliënt een onnodige of te hoge indicatie krijgt.

⁸ NZa (2014). *Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg*

⁹ VWS (2012). *Risicoanalyse Fraude in de AWBZ zorg in natura*; NZa (2013). *Risico's voor ongepast en oneigenlijk gebruik Generalistische basis GGZ*; NZa (2014). *Tussenrapportage Thematisch onderzoek Persoonsgebonden budget*

¹⁰ Panteia (2013). *Correct declareren in de extramurale AWBZ zorg*

¹¹ CIZ (2013). *Onderzoek omvang upcoding gemandateerde indicatiestelling en aanbevelingen*

¹² NZa (2014). *Onderzoek zorgfraude. Tussenrapport (update)*

2.4.2 Mogelijke oorzaken en risico's op onrechtmatigheden

Of het nu om de bouw, de financiële dienstverlening of een andere sector gaat, in elk domein zijn er risico's op onrechtmatigheden. Dat geldt ook voor de zorgsector. Het samenspel van systemische kenmerken, zoals bekostigingssystemen, en de wijze waarop de verschillende partijen en professionals in de zorg hieraan invulling geven, heeft invloed op de mate waarin en de wijze waarop onrechtmatigheden (kunnen) voorkomen. Verschillende analyses en onderzoeken benoemen voor de zorg in het bijzonder de onderstaande factoren.

Complexiteit wet- en regelgeving en bekostigingssystematiek, mede door transities

Samen met de zorgsector werken we hard aan het verbeteren van de zorg. Met verschillende ontwikkelingen, zoals de invoering van de prestatiebekostiging en DOT in 2012 en de daarmee samenhangende transitieafspraken, investeren we in een transparanter en uniformer zorgsysteem. Deze ontwikkelingen brengen echter ook veel veranderingen met zich mee, ook in de financiële verantwoording. Ziekenhuizen hebben hun registratie- en declaratieprocessen moeten wijzigen. Verantwoording over de transitiejaren is ingewikkeld gebleken. In de ggz is in 2013 de prestatiebekostiging ingevoerd. Bij de invoering van de nieuwe bekostigingssystemen is terugkijkend niet altijd voldoende aandacht geweest voor de impact daarvan op de administratieve processen. De hervorming van de langdurige zorg en de jeugdhulp brengt ook nieuwe uitdagingen met zich mee voor gemeenten en zorgaanbieders op het terrein van administratie, interne controle en verantwoording. Met de beleidsvrijheid van gemeenten bestaat de mogelijkheid dat administratieve processen en financiële verantwoording complexer worden voor aanbieders. Al deze systemen en wijzigingen kunnen onduidelijkheid met zich meebrengen, waardoor regels onbewust worden overtreden.

Gevoeligheid interne processen aanbieders

Declaraties die door aanbieders van Zvw- en Wlz-zorg worden ingediend moeten voldoen aan de Wmg. De administratieve processen die achter zorgverlening schuilgaan zijn echter niet altijd sluitend. Dit hangt samen met de hierboven beschreven complexiteit van regelgeving in de zorg en de verschillende systeemwijzigingen. Er is winst te behalen door informatie- en declaratiesystemen beter in te richten voor administratieve organisatie en interne controle. Daarnaast wijst onderzoek er op dat ook de fraudealertheid van het interne toezicht binnen organisaties kan worden versterkt. Interne controle en toezicht vindt plaats, maar heeft nog niet altijd voldoende effect in het voorkomen van onrechtmatigheden.¹³ Uit de consultatie van dit programmaplan is daarnaast naar voren gekomen dat, waar bij grote organisaties vooral de omvang en complexiteit van de administratieve processen voor risico's zorgen, bij kleine aanbieders juist het risico bestaat van het ontbreken van (voldoende) administratieve processen of het ontbreken van voldoende financiële expertise.

Eenvoud van toegang tot de zorgmarkt voor aanbieders met verkeerde intenties

Het is voor zorgverleners relatief eenvoudig om een zorgonderneming te starten. Dit komt in het bijzonder naar voren in de curatieve ggz en voor aanbieders of bemiddelingsbureaus die op basis van een pgb werken, waar doorgaans geen hoge opstartinvesteringen nodig zijn. In de afgelopen jaren zijn verschillende signalen van (nieuwe) aanbieders met verkeerde intenties ontvangen.¹⁴

Perceptie van beperkte pakkans

Uit een risicoanalyse naar fraude in de AWBZ blijkt dat bestuurders ervaren dat zij zeer regelmatig worden gecontroleerd, maar dat ze de kans dat een fraudeur wordt ontdekt als vrij laag inschatten. Ook de kans dat de overtreding bekend wordt op een andere manier dan door bestaande controles, wordt gemiddeld tot zeer laag ingeschat. In geval van overtreding wordt de bewijsbaarheid als complicerende factor gezien.¹⁵ Dit brengt het risico met zich mee dat aanbieders met verkeerde intenties nog onvoldoende worden afgeschrikt.

¹³ Ministerie van VWS (2012). *Risicoanalyse Fraude in de AWBZ zorg in natura*

¹⁴ NZa (2013). *Toezichtonderzoek curatieve geestelijke gezondheidszorg*

¹⁵ Ministerie van VWS (2012). *Risicoanalyse Fraude in de AWBZ zorg in natura*

Financiële belangen van organisaties en cliënten

Zorgverleners zijn niet alleen vakinhoudelijke professionals, ze werken ook in een, veelal private, organisatie. Net als andere organisaties streven zij naar een gezonde (financiële) bedrijfsvoering. Deze ondernemershouding bij zorgaanbieders en de concurrentie tussen de aanbieders stimuleert innovatie in de zorg en investeringen in de kwaliteit. Het kan echter ook risico's met zich meebrengen. Als het leveren van minder of kwalitatief minder goede zorg, of het bewust overtreden van normen, meer oplevert, dan kunnen aanbieders in de verleiding komen om regels te overschrijden.¹⁶ Gevoelde prijsdruk bij aanbieders kan aan deze prikkel bijdragen.

Ontwikkeling in controles

Goede interne processen en een goede inzet van controle-instrumenten door zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders zijn van belang voor een goede en tijdige signalering van onrechtmatigheden. Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders presteren steeds beter waar het gaat om het effectief inzetten van controles om onrechtmatigheden ten aanzien van de Zvw en Wlz te detecteren. Uit recent onderzoek van de NZa blijkt dat zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders (ten tijde van het onderzoek nog in hun functie als concessiehouder) de uitvoering van hun materiële controles in 2013 op een hoger niveau hebben gebracht dan in 2012.^{17, 18} De NZa signaleert echter ook nog een aantal verdere verbeterpunten. Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders kunnen nog meer prioriteit geven aan moderne controletechnieken, zoals de verdere uitrol van datamining. Zorgverzekeraars kunnen het niveau van hun controles daarnaast verder versterken door controles meer te dynamiseren, door een betere afwikkeling van ontvangen en gegenereerde signalen/meldingen en door nog beter samen te werken in de opzet en uitvoering van controles. Bij veel zorgkantoren is het inzetten van bestands- en systeemvergelijkingen op risicogebieden nog voor verbetering vatbaar. Zorgverzekeraars geven zelf aan dat de kosten van een verdere investering in controlesystemen en fraudebestrijding niet altijd opwegen tegen de baten van het terugvorderen van zorg die onrechtmatig is vergoed.

Positie van patiënten en cliënten

Het ontvangen van zorg (door patiënten en cliënten) en het betalen van zorg (door zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten) liggen niet in één hand. Daardoor is goed inzicht in behandeling én betaling voor de zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of gemeente niet vanzelfsprekend. Zij zijn immers niet direct aanwezig bij de behandeling. Dit kan het beoordelen van de rechtmatigheid van declaraties bemoeilijken. Patiënten en cliënten kunnen hier een belangrijke rol spelen door vermoedens van onrechtmatigheid te melden. Dat gebeurt nu nog weinig. Patiënten vertrouwen vaak, ook als het gaat om de financiële afhandeling van zorgverlening, op de integriteit van de zorgaanbieders.¹⁹ Dat is in de meeste gevallen ook terecht. Door onduidelijkheden of vergissingen worden er echter soms fouten gemaakt. Bovendien wordt door fraudeurs soms misbruik gemaakt van de kwetsbaarheden van patiënten of cliënten. Patiënten en cliënten kunnen overigens ook zelf baat hebben bij onrechtmatigheden en om deze reden regels overtreden. Door zich zieker of kwetsbaarder voor te doen bij een indicatie of het onder druk zetten van zorgaanbieders kan men in aanmerking komen voor meer zorg en daarmee bijvoorbeeld ook voor een hoger pgb dan eigenlijk passend is.

Wanneer patiënten en cliënten een actieve controlerende rol op zich willen en kunnen nemen, dan vraagt dat nu ook nog relatief veel tijd en energie om kennis van de zorg en de relevante regelgeving te verkrijgen en om op basis daarvan eventuele onrechtmatige declaraties te kunnen signaleren. Wanneer zij een vermoeden hebben, weten patiënten en cliënten bovendien nog niet in alle gevallen waar zij dit goed kunnen melden.²⁰ Momenteel hebben nog niet alle zorgverzekeraars daarvoor bijvoorbeeld gestandaardiseerde meldsystemen.²¹

¹⁶ AEF (2014). *Evaluatie van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WVG) en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)*

¹⁷ NZa (2015) *Rechtmatige uitvoering Zorgverzekeringswet 2013*

¹⁸ NZa (2015) *Uitvoering AWBZ 2013*

¹⁹ Panteia (2013). *Correct declareren in de extramurale AWBZ zorg*

²⁰ NPCF (2013). *Meldactie 'Inzicht in Zorgkosten' november 2012*

²¹ NZa (2014). *Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg*

Er is dus nog winst te behalen in de bewustwording van patiënten en cliënten ten aanzien van hun rol en ze daarbij waar mogelijk beter te stimuleren en faciliteren om die rol te vervullen, door te investeren in de overzichtelijkheid en duidelijkheid van nota's en meldsystemen.

2.4.3 Belemmeringen voor een effectieve aanpak

In verschillende deelsectoren ontplooiën veldpartijen en handhavingspartners al goede initiatieven om de rechtmatigheid van zorg verder te verbeteren, door in de kwaliteit van declaraties te investeren en fraudeurs aan te pakken (zie daarvoor ook hoofdstuk 3). Zelf hebben wij ook al verschillende stappen ondernomen om onder meer de fouten- en fraudebestendigheid van wet- en regelgeving te vergroten en handhaving te versterken. Uit gesprekken met betrokken partijen blijkt dat een aantal belemmeringen een effectieve en efficiënte gezamenlijke inzet op rechtmatigheid soms echter nog in de weg staat.

Ontbrekende dialoog, onbespreekbaarheid en gevoeligheid

Partijen zijn lang terughoudend geweest in het voeren van een open gesprek over onrechtmatigheden in de zorg en over het aanpakken van fraudeurs in het bijzonder.²² En ondanks recente goede gezamenlijke initiatieven loopt het gesprek tussen partijen en binnen organisaties nog niet altijd soepel. Aan het gebrek aan open dialoog lijkt een dieper liggend gebrek aan vertrouwen tussen de verschillende partijen ten grondslag te liggen. Dit komt bijvoorbeeld naar voren in individuele gesprekken tussen zorgverzekeraars en aanbieders over mogelijke onrechtmatigheden. In zekere zin is deze gevoeligheid begrijpelijk. Betrokkenen vestigen daarmee immers aandacht op eigen kwetsbaarheden. Ook ervaren ze het soms als een schuldbekentenis, waarmee zij het risico lopen hun organisatie of beroepsgroep in een kwaad daglicht te stellen. Onsecur gebruik van terminologie kan daarbij verwarrend of onbedoeld beschuldigend werken. Ook staan juridische belemmeringen een open gesprek over afgewezen declaraties soms in de weg, omdat informatie bijvoorbeeld niet kan worden gedeeld.

Spanning tussen privacy en controles en gegevensuitwisseling

Het medisch beroepsgeheim en de privacy van burgers zijn belangrijke waarborgen voor de veiligheid en positie van zorgverleners, patiënten en cliënten. Deze gegevens dienen daarom afdoende te zijn beschermd. De vertrouwelijke relatie tussen zorgaanbieder en patiënt of cliënt is uitgangspunt in de individuele gezondheidszorg. Tegelijkertijd zijn effectieve controles en goed toezicht op zorgbestedingen van belang om de rechtmatigheid van zorg, en daarmee ook de betaalbaarheid en toegankelijkheid, te waarborgen. Dat vraagt om voldoende inzicht in geleverde zorg en een goede uitwisseling van informatie tussen betrokken partijen. De balans tussen beide belangen en voldoende mogelijkheden bij informatie-uitwisseling blijven belangrijke aandachtspunten bij het tegengaan van onrechtmatigheden. De gegevensuitwisseling tussen handhavingspartners is juridisch complex en vergt daarom voortdurende aandacht en scherp te van de betrokken partijen.

Verskillende aanpakken en taal

De aanpak van onrechtmatigheden was tot op heden nog relatief gefragmenteerd. Door de diverse zorgdomeinen en deelsectoren zijn er veel verschillende partijen bij de aanpak betrokken. De onderlinge samenwerking tussen deze partijen blijkt vaak lastig door verschillen in perspectief, aanpak en taal. Voldoende regie ontbrak daarbij nog. De inzet van de partijen beperkte zich voornamelijk tot specifieke zorgsectoren, zoals de medisch-specialistische zorg. Het is belangrijk dat betrokken partijen elkaar beter weten te vinden en dat er sterker regie in alle deelsectoren wordt gevoerd.

²² Panteia (2013). *Correct declareren in de extramurale AWBZ zorg*

3. PLAN VAN AANPAK

gezamenlijke aanpak, ieder vanuit eigen verantwoordelijkheid samenhang in de keten voortborduren op successen, extra inzet waar nodig

Onze ambitie is dat elke euro in de zorg rechtmatig wordt besteed. Met dit programma investeren we in een zorgbrede, meer samenhangende aanpak gericht op het versterken van rechtmatigheid in de zorg. Door kwetsbaarheden en risico's gericht te bestrijden en belemmeringen in de aanpak weg te nemen, zetten we een belangrijke volgende stap in de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Daarbij willen we zoveel mogelijk samenwerken waar dat kan, maar zorgen we er ook voor dat er krachtig wordt opgetreden als het moet. In dit plan van aanpak beschrijven we de acties die hiertoe worden ondernomen. Daarbij kiezen we voor een gezamenlijke aanpak, borduren we voort op bestaande initiatieven en vergroten we met de sector onze inzet waar nodig.

Gezamenlijke aanpak, ieder vanuit eigen rol en verantwoordelijkheid

Wij beseffen dat wij onze ambitie niet alleen, vanuit Den Haag, kunnen realiseren. Voor een verdere verbetering van rechtmatigheid in de zorg is een gezamenlijke inzet van alle partijen essentieel. Het vraagt om een integrale aanpak waarin elke partij zijn verantwoordelijkheid neemt. Daarom beschrijven wij hieronder allereerst de rollen en verantwoordelijkheden van alle betrokken partijen, waaronder het ministerie van VWS.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Het is onze verantwoordelijkheid om te zorgen voor een betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief goed zorgsysteem. Van ons mag dan ook verwacht worden dat we zorgen voor eenduidige, transparante wet- en regelgeving, waarmee fouten zoveel mogelijk worden voorkomen. We zien het daarnaast als onze rol om de dialoog en samenwerking tussen betrokken partijen te stimuleren en te faciliteren. Alleen gezamenlijk kunnen we ervoor zorgen dat wet- en regelgeving, declaraties en controles goed op elkaar aansluiten. Van de overheid mag ook verwacht worden dat we ervoor zorgen dat mensen die regels overtreden voor eigen of andermans gewin stevig worden aangepakt. Daarvoor investeren we in versterking van de handhaving en faciliteren we bij de samenwerking tussen zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM.

Patiënten en cliënten

De patiënt of cliënt neemt zorg af en is in veel gevallen voor (een deel van) de kosten van deze zorg verzekerd bij een zorgverzekeraar. In de afhandeling van declaraties en betalingen in de zorg kan de patiënt of cliënt een belangrijke rol vervullen in de controle op rechtmatigheid. Door rekeningen van zorgaanbieders goed te controleren en bij mogelijke fouten of vermoedens van frauduleus contact op te nemen, kunnen onrechtmatigheden beter en sneller worden gesignaleerd en gecorrigeerd. Daarnaast geldt voor patiënten en cliënten zelf uiteraard ook dat zij regels moeten naleven. Dat betekent dat zij bijvoorbeeld geen druk mogen uitoefenen op zorgaanbieders om meer of andere zorg te ontvangen dan noodzakelijk en dat zij ontvangen budget aan de zorg besteden waarvoor het bedoeld is. Dat geldt ook voor vertegenwoordigers die de zorg en/of budget van een patiënt of cliënt beheren.

Zorgaanbieders

Een rechtmatige betaling begint bij een correcte registratie en facturatie van de geleverde zorg door zorgaanbieders. De zorgaanbieder is als eerste verantwoordelijk dat de rekening van geleverde zorg correct is. Dat betekent dat zorgaanbieders en individuele zorgverleners, voldoende op de hoogte moeten zijn van geldende wetten en regels, een goede administratie en interne controles moeten voeren, accuraat factureren en deze keuzes goed moeten vastleggen zodat zij zich kunnen verantwoorden. Daartoe dient ook het interne toezicht bij zorgaanbieders goed te functioneren.

Centrum Indicatiestelling Zorg

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) heeft de taak gekregen om de toegang tot intensieve zorg die geleverd wordt vanuit de Wlz te beoordelen door middel van een indicatiestelling. In de hoedanigheid van poortwachter heeft het CIZ ook een belangrijke rol om onrechtmatigheid tegen te gaan en fraudeurs te weren, onder andere door identiteitscontrole bij het stellen van een indicatie.

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders hebben de wettelijke plicht om de rechtmatigheid van in rekening gebrachte zorg te controleren. Hiervoor is het van belang dat zij effectieve controles uitvoeren om na te gaan of cliënten en patiënten verzekerd zijn voor geleverde zorg, of gehanteerde tarieven kloppen en of door de zorgaanbieder in rekening gebrachte zorg ook daadwerkelijk is geleverd. Bij vastgestelde onrechtmatigheden en vermoedens van fraude zijn de zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders in eerste instantie zelf aan zet om onderzoek uit te voeren en - zo veel mogelijk in overleg met de aanbieder - te interveniëren. Hiertoe kunnen zij onrechtmatige bedragen terugvorderen, civielrechtelijke sancties opleggen of bij ernstige delicten een tuchtklacht indienen. In overleg met de toezichthouders en opsporingsdiensten kan ook gekeken worden naar bestuursrechtelijk en strafrechtelijke mogelijkheden. De zorgverzekeraar of Wlz-uitvoerder meldt de vastgestelde onrechtmatigheden hiertoe bij de NZa. Als inkoper van de zorg voor patiënten en cliënten heeft de zorgverzekeraar bovendien een belangrijk instrument in handen om in overleg met aanbieders afspraken maken over een zorgvuldig proces van facturatie en de manier waarop aanbieders zelf rekeningen controleren. Daarmee bespaart hij op de kosten van controles door onterechte betalingen te beperken.

Gemeenten

Met de decentralisatie van zorgtaken zijn gemeenten per 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Dit betekent dat gemeenten ook te maken kunnen krijgen met mogelijke risico's op onrechtmatigheden in relatie tot deze wetten. Vanuit de wettelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden zijn gemeenten zelf primair verantwoordelijk voor het voorkomen en aanpakken van mogelijke fouten en fraude met zorggeld. Gemeenten zullen dan ook invulling moeten geven aan hun rol in het kader van preventie, controle en handhaving, zodat zij voldoende zijn toegerust om risico's in te perken en effectief op te treden waar nodig.

Zorginstituut Nederland

Zorginstituut Nederland (ZiNL) ziet erop toe dat consumenten verzekerd zijn en blijven voor de Zvw en de Wlz. Zo is het de taak van ZiNL om onverzekerden een zorgverzekering te laten sluiten en om te zorgen dat wanbetalers alsnog hun premie betalen. Daarnaast adviseert ZiNL de overheid over de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket. In dat kader verduidelijkt het instituut welke zorg wel of niet mag worden gerekend tot de verzekerde aanspraken Zvw en Wlz. Daarbij is een goede dialoog met betrokken partijen in de zorg van belang. Tot slot adviseert ZiNL VWS over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. In deze adviezen houdt ZiNL rekening met de toekomstige vraag naar zorg en de maatschappelijke en technologische ontwikkelingen.

Nederlandse Zorgautoriteit

Toezicht is belangrijk om het vertrouwen in het zorgstelsel te behouden. Als bestuursrechtelijke toezichthouder controleert de NZa of zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders zich aan de geldende wetten en (declaratie- en controle)regels houden. Als er sprake is van onrechtmatigheden, dan treedt de NZa hier handhavend tegen op. De NZa heeft hiervoor verschillende instrumenten, zoals het geven van een aanwijzing, het opleggen van een last onder dwangsom en een bestuursrechtelijke boete. Ook heeft de NZa een belangrijke rol in het voorkomen van fouten of van verkeerde interpretaties van de door haar uitgevaardigde regels. De NZa heeft een eigen, regelgevende rol en verantwoordelijkheid en stelt onder andere de declaratieregels in de Zvw en Wlz op. Een heldere uitleg van de wijze van invulling van eenduidige declaratieregels door de NZa vergroot de kans op een correcte naleving ervan.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) is de toezichthouder van de kwaliteit van zorg. Het kan zijn dat zij vanuit die rol ook signalen opvangt van mogelijke onrechtmatigheden op financieel vlak. In veel gevallen is er in de praktijk namelijk een samenloop tussen tekortkomingen in de kwaliteit van zorg en financiële onrechtmatigheden. In die gevallen is het van meerwaarde dat de IGZ deze signalen doorgeeft aan andere partners, zoals de NZa.

Bijzondere opsporingsdiensten: de Inspectie SZW en de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst

Bij een verdenking van fraude kan een zorgaanbieder, zorgverzekeraar en/of patiënt of cliënt strafrechtelijk worden vervolgd. In die gevallen wordt onder gezag van een officier van justitie van het OM een strafrechtelijk (opsporings)onderzoek uitgevoerd. De I-SZW is als bijzondere opsporingsdienst voor de komende jaren aangewezen om strafrechtelijke onderzoeken te verrichten op het terrein van de zorg, met als prioritaire aandachtsgebieden fraude met het pgb en declaratiefraude. De I-SZW werkt hierbij intensief samen met de FIOD, met inachtneming van de respectievelijke bevoegdheden van toezicht en opsporing. De FIOD verricht vanuit zijn kennis en expertise, informatiepositie en de mogelijke samenhang tussen fraude in de zorg en andere vormen van fraude (bijvoorbeeld faillissementsfraude of fiscale fraude) eveneens zaken met betrekking tot aanpak van fraude in de zorg.

Het Openbaar Ministerie

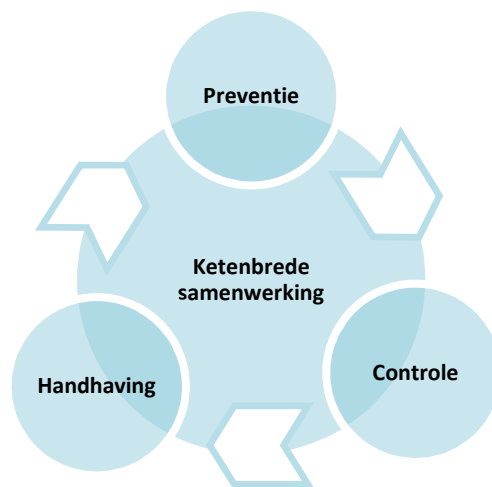
Het OM is belast met de strafrechtelijke handhaving van de rechtsorde. Officieren van justitie van het OM hebben het gezag over en geven leiding aan strafrechtelijke (opsporings)onderzoeken van (bijzondere) opsporingsdiensten. Daarvoor geselecteerde zorgfraudemeldingen worden in het centraal selectieoverleg zorg (CSO Zorg) onder leiding van het Functioneel Parket van het OM besproken met de NZa, IGZ, I-SZW en FIOD. In het CSO Zorg wordt besloten of de zaak in strafrechtelijk onderzoek wordt genomen.²³ Daarbij wordt gekeken waar het te verwachten effect het grootst is. Het strafrecht staat dus in nauwe verbinding met controle, toezicht en andere vormen van nalevingsbevordering. Zo kunnen verschillende (juridische) instrumenten elkaar ondersteunen en versterken, waardoor de handhaving als geheel effectiever wordt.

Samenhang in de keten

Voor een goede aanpak van onrechtmatigheden in de zorg is het niet alleen van belang dat iedere partij zijn verantwoordelijkheid neemt en rol goed vervult, maar ook dat zij dit in nauwe samenwerking doen. Bij de inzet gericht op preventie, controle en handhaving volgen de verschillende partijen en hun activiteiten elkaar op in de keten; van het voorkomen van onrechtmatigheden door duidelijke wet- en regelgeving en correcte registratie en declaraties, via goede controles op mogelijke fouten en fraude, tot effectieve inzet van handhavingsinstrumenten bij overtredingen. Met het programma Rechtmatige Zorg werken we samen met de

²³ Zie ook het protocol normnaleving zorgsector: <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2014/10/01/bijlage-brief-protocol-tussen-het-functioneel-parket.html>

betrokken partijen aan het versterken van de verschillende schakels in deze keten en hun onderlinge samenhang. Dat doen we aan de hand van vier thema's: ketenbrede samenwerking, preventie, controle en handhaving.



Samenwerking en informatiedeling zijn daarbij essentieel. Dat geldt niet alleen voor de schakels die elkaar opvolgen, maar ook in terugkoppeling naar eerdere schakels. Gebleken onrechtmatigheden bij controle en handhaving dienen te leiden tot scherpere aandacht voor risico's bij preventie. Door te leren van eerdere onrechtmatigheden kan herhaling van fouten of bewuste overtredingen zoveel mogelijk worden voorkomen.

Voortborduren op successen, extra inzet waar nodig

Zoals aangegeven zijn op veel plaatsen al goede initiatieven genomen om de rechtmatigheid van de zorg te verbeteren. In onze derde voortgangsrapportage over fouten en fraude in de zorg hebben we u geïnformeerd over de meest recente ontwikkelingen en resultaten.²⁴ In onze aanpak sluiten we aan bij deze goede initiatieven door ze ruimte en vertrouwen te geven, zodat we voort kunnen borduren op successen. Daar waar nog extra of nieuwe inzet noodzakelijk is om de genoemde oorzaken van onrechtmatigheden te bestrijden en de belemmeringen in de aanpak weg te nemen, pakken we dit samen met de sector op.

Daarmee richt het programma Rechtmatige Zorg zich zowel op het versterken van lopende activiteiten als op de inzet van nieuwe onderdelen. Onze rol verschilt per activiteit. Bij veel activiteiten gaat het om initiatieven van de sector(organisaties) zelf, soms samen met VWS of de NZa, soms op eigen initiatief. Wij proberen deze initiatieven te ondersteunen en te stimuleren, binnen de financiële middelen die hiervoor beschikbaar zijn gesteld. Bijvoorbeeld door juridische belemmeringen weg te nemen, samenwerking te bevorderen en goede voorbeelden een podium te geven. Bij andere activiteiten zijn we zelf aan zet en pakken we gericht knelpunten aan, investeren we in effectievere handhaving, schonen we samen met uitvoeringsorganisaties regelgeving op of verduidelijken we de regels door middel van voorlichting. Wij zien het als onze taak om het voortouw en de regie te nemen in het verbeteren van de rechtmatigheid in de zorg.

DYNAMISCH PROGRAMMA

Het programma Rechtmatige Zorg is een uitnodiging om samen verder aan de slag te gaan. Het programma bouwt voort op goede initiatieven die de rechtmatigheid in de zorg ten goede komen. De inzet in het programma is het resultaat van gesprekken met alle betrokken partijen, en we zetten dat gesprek de komende jaren voort. Het programma is dynamisch. Op basis van de dialoog en nieuwe inzichten en ervaringen die we de komende periode opdoen, worden de plannen verder uitgewerkt en zal het programma verder worden aangescherpt of uitgebreid.

²⁴ Kamerstukken II, 2013/2014, 28 828, nr. 75

In dit programmaplan geven we per thema aan hoe we de inzet op rechtmatigheid willen versterken.²⁵ Daarbij beginnen we bij elk thema steeds met voorbeelden van bewegingen die al de goede kant uitgaan en verdere voortzetting of intensivering verdienen. Vervolgens geven wij aan wat wij op het thema willen bereiken en welke aanvullende acties wij of andere partijen, vaak in onderlinge samenwerking, inzetten om de in hoofdstuk twee genoemde risico's en belemmeringen aan te pakken.

²⁵ Het bijgevoegde overzicht van doelstellingen en activiteiten geeft het totaal aan lopende en nieuwe activiteiten weer.

Thema 1. Ketenbrede samenwerking

Een effectieve en efficiënte aanpak van onrechtmatigheden in de zorg vraagt om goede samenwerking in de keten met alle betrokken partijen. Het gaat daarbij zowel om preventie, zodat onrechtmatigheden zoveel mogelijk worden voorkomen, als om controle en handhaving, zodat fouten en fraude worden gesignaleerd en aangepakt. Wij zien het als onze taak om hierbij het voortouw te nemen en dialoog en afstemming tussen betrokken instanties en organisaties te faciliteren, stimuleren en in sommige gevallen te regisseren. Aansluiting, informatiedeling en terugkoppeling zijn daarbij sleutelwoorden.

Wat willen we bereiken?

Alle betrokken partijen werken actief samen aan rechtmatigheid in de zorg. Er is een duidelijke rolverdeling tussen partijen in de keten en een goede aansluiting in hun werkzaamheden. Partijen informeren elkaar over hun inzet en bevindingen, en trekken gezamenlijk op bij hun aanpak waar dat nuttig en noodzakelijk is. Er is voldoende kennisontwikkeling en kennisdeling in de keten en gemeenten worden vraaggestuurd ondersteund bij hun nieuwe taken vanuit de Jeugdwet en de Wmo 2015.

Welke goede ontwikkelingen zijn er?

- In het kader van het traject **verantwoording jaarrekeningen medisch-specialistische zorg** hebben ziekenhuizen, samen met de NZa en zorgverzekeraars, opnieuw naar de facturatie van 2012 en 2013 gekeken. Onderdeel van de aanpak was dat de NZa de regelgeving op een aantal onderdelen heeft verduidelijkt. Vervolgens hebben ziekenhuizen hun declaraties aan een nader onderzoek onderworpen en vastgesteld welke declaraties niet conform de regelgeving hebben plaatsgevonden. Aanbieders en zorgverzekeraars maken afspraken over de te verrekenen bedragen. Zorgverzekeraars hebben daarbij aangegeven dat het extra terug te vorderen bedrag via een verlaging van de premie in 2016 wordt teruggegeven aan de verzekerden. Ook in de ggz is een dergelijk, gezamenlijk traject recent opgestart.
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN), CIZ, NZa, FIOD, I-SZW, IGZ, Belastingdienst, het OM en VWS werken sinds februari 2013 samen aan het **versterken van de integriteit van de zorgsector** door samenwerking tussen de partners te stimuleren, te coördineren en te vergroten. Onder meer door het uitwisselen van informatie, kennis en vaardigheden. De samenwerking is vastgelegd in een convenant, welke in maart 2015 opnieuw voor twee jaar is verlengd. In overleggen en werkgroepen stemmen de betrokkenen hun werkzaamheden op het gebied van handhaving af en ontwikkelen de deelnemers gezamenlijk nieuwe initiatieven.
- NZa en I-SZW rapporteren (half)jaarlijks aan VWS over hun bevindingen vanuit toezicht en opsporing ten aanzien van **fraudesignalen en signalen uit afgeronde onderzoeken**. VWS neemt deze bevindingen mee in de ontwikkeling en aanscherping van wet- en regelgeving en ondersteunend beleid. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot aanscherping van het beleid rond het pgb.
- Zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM hebben afspraken gemaakt over het verlengen van de pilot in het **Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding (EZb)**.

Wat is er nog nodig?

A. Versterken aansluiting van rollen en aanpak in de keten

De activiteiten en aanpak van de partijen in de keten sluiten nog niet altijd goed genoeg op elkaar aan. In sommige gevallen is de rolverdeling tussen partijen door stelsel- en systeemwijzigingen veranderd. Ook is er niet altijd voldoende dialoog tussen partijen of spreken partijen niet dezelfde taal. In verschillende bestaande en nieuwe samenwerkingsverbanden werken we de komende tijd daarom aan het verduidelijken van elkaars rollen en het in lijn brengen van de inzet en werkwijze van betrokken partijen.

I. Verbeteren afhandeling signalen en verkenning centraal meldpunt zorgfraude

De handhavingpartners – zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM – kijken gezamenlijk hoe zij het proces van de afhandeling, uitwisseling en opvolging van signalen van mogelijke onregelmatigheden zo goed mogelijk kunnen organiseren. Hiervoor is een aparte werkgroep onder regie van VWS opgezet. Ook de manier waarop signalen binnenkomen is onderdeel van dit proces. Er wordt daarbij een verkenning uitgevoerd naar de meerwaarde van een centraal meldpunt voor fraudesignalen in de zorg, waar ook patiënten en cliënten vermoedens van fraude kunnen melden. Daarbij houden we oog voor mogelijke overlap met andere meldpunten. Een belangrijk onderdeel is ook de terugkoppeling van opgedane kennis en inzichten uit de analyse van signalen en (opsporings)onderzoeken, zodat leereffecten kunnen worden benut om de aanpak te optimaliseren.

II. Versterken thematisch samenwerken zorgverzekeraars in de keten

Zorgverzekeraars willen hun krachten verder bundelen door een gezamenlijke keuze te maken in de fenomenen en zorgsoorten die jaarlijks extra aandacht krijgen. Hiervoor ontwikkelen zij in 2015 samen met ZN een werkwijze waarop deze fenomenen en zorgsoorten op basis van risicoanalyses kunnen worden geselecteerd. Uiterlijk in het derde kwartaal van 2015 wordt een selectie gemaakt van een of meerdere fenomenen en/of zorgsoorten en wordt bepaald welke activiteiten de zorgverzekeraars gezamenlijk op het terrein van preventie, controle, onderzoek en communicatie zullen inzetten. De zorgverzekeraars werken hierbij nauw samen met de andere partners in de keten, zoals de NZa en I-SZW, zodat de focus en inzet in controle en handhaving goed op elkaar aansluiten. De inzet op thematische samenwerking maakt onderdeel uit van een breder plan van aanpak van ZN gericht op integrale aanpak van fraudebeheersing door zorgverzekeraars.

B. Investeren in kennisontwikkeling en kennisdeling in de keten

Voor een gerichte aanpak van onrechtmatigheden is gedeeld inzicht in het fenomeen van belang. Een belangrijk onderdeel van ons programma is daarom de verdere ontwikkeling van kennis op het gebied van onrechtmatigheden en het delen van deze kennis tussen betrokken partijen.

I. Opstellen kennisagenda rechtmatige zorg

Mede naar aanleiding van het door de NZa uitgevoerde onderzoek naar kwetsbaarheden en onregelmatigheden in de zorg stellen wij een gezamenlijke kennisagenda op voor de komende jaren. Doel van deze agenda is het verder vergroten van gezamenlijke inzichten in fraudefenomenen voor een effectieve aanpak. In de kennisagenda is aandacht voor het verzamelen, het genereren en het uitwisselen van kennis over rechtmatige zorg.

II. Jaarlijks congres over rechtmatige zorg

Door middel van een jaarlijks congres verspreiden wij kennis en begrip over het fenomeen en de verschillende rollen en initiatieven van de betrokkenen. We zien het ook als een goede manier om de bewustwording van het thema in de sector verder te vergroten. Het eerste congres Rechtmatige zorg vindt dit najaar plaats.

C. Vraaggestuurd ondersteunen van gemeenten op het thema rechtmatige zorg

De recente decentralisatie zorgt voor een verschuiving van activiteiten en verantwoordelijkheden die voorheen onder het Rijk vielen naar het gemeentelijk domein. Als gevolg zijn gemeenten met ingang van dit jaar verantwoordelijk voor het uitvoeren van de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Zij zijn in de eerste plaats zelf aan zet als het gaat om de uitvoering van deze wetten en daarmee ook voor de aanpak van onrechtmatigheden. Vanuit dat uitgangspunt en haar stelselverantwoordelijkheid investeert VWS in een vraaggestuurde en passende ondersteuning van gemeenten bij deze taken.

I. Kennisdelen zorgfraude in het gemeentelijk domein

De activiteiten in het programmaplan Rechtmatige zorg ten aanzien van het gemeentelijk domein zijn voornamelijk gericht op kennisontwikkeling- en overdracht, en de inrichting van de gemeentelijke fraudeketen.

Het gaat daarbij om het ophalen van kennis over fraudebestrijding in het gemeentelijke, sociale domein (bijvoorbeeld bij de Wet werk en bijstand) en het bij elkaar brengen van informatie uit de Wlz en Zvw. Daarnaast is het van belang dat gemeenten onderling en met andere partijen informatie kunnen delen en goede voorbeelden kunnen uitwisselen. Hierbij kan gedacht worden aan het opzetten van een digitaal platform en/ of kennisinfrastructuur.

Gemeenten zijn ook aan zet bij controle en handhaving, zoals het inrichten van een gemeentelijke handhavingketen of het opzetten van een zorgfraudemeldpunt voor burgers. Samen met de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) zijn we gestart met een inventarisatie van de ondersteuning die gemeenten bij deze inrichting wensen en hoe deze ondersteuning op een zo doelmatig mogelijke manier kan worden geleverd. Uit eerste gesprekken blijkt dat gemeenten de urgentie van een gedegen aanpak van fouten en fraude ondersteunen. In deze eerste fase zijn de hoofdthema's voor ondersteuning vastgesteld. In de loop van 2015 worden de activiteiten verder uitgewerkt.

II. Pilot gemeentelijke fraudeaanpak

De gemeente Gorinchem is dit voorjaar samen met een aantal buurgemeenten gestart met een gezamenlijke pilot met het oog op een fraudebestendige Wmo 2015 en Jeugdwet. De pilot heeft tot doel inzicht te krijgen in mogelijke onrechtmatigheden in deze deelsectoren, oplossingen te ontwikkelen om onrechtmatigheden te voorkomen en randvoorwaarden te definiëren voor een effectieve aanpak. De pilot wordt samen met partners met expertise in de zorg uitgevoerd. Samen met de betrokken gemeenten en de VNG bekijken wij hoe de uitkomsten landelijk kunnen worden doorvertaald.

Thema 2. Preventie

Een goede aanpak van onrechtmatigheden begint met preventie, het zoveel mogelijk voorkomen van fouten door onduidelijkheden over het systeem of onoplettendheid van betrokkenen, en het beperken van mogelijkheden om regels doelbewust te overtreden. Daarvoor is het allereerst noodzakelijk dat wet- en regelgeving en bekostigingssystemen transparant, eenduidig en fraudebestendig zijn. Datzelfde geldt voor de interne (financiële) processen en interne controles bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en gemeenten. Maar het gaat niet alleen om regels en systemen. Het draait ook om de mensen die dagelijks met de regels en systemen werken. Naast goede zorgverlening is ook een correcte afhandeling van registraties en declaraties onderdeel van de professionaliteit van zorgverleners en zorgbestuurders. Dat vraagt om bewustzijn ten aanzien van het belang hiervan, kennis van regelgeving en financiële systemen en integriteit bij het maken van keuzes. Dat laatste geldt ook voor patiënten en cliënten. We streven naar een cultuur waarin het vanzelfsprekend is dat rekeningen kloppen, dat gezamenlijk vastgestelde normen worden nageleefd en mensen elkaar aanspreken op fouten en frauduleus gedrag. Goede screening en wetgeving bij de toegang van zorgaanbieders tot de zorgmarkt is daarbij van belang om individuen of organisaties te weren die de zorgmarkt willen betreden om misbruik te maken van het systeem en kwetsbare patiënten en cliënten.

Wat willen we bereiken?

Wet- en regelgeving, bekostigingssystemen en interne (financiële) processen zijn transparant, eenduidig en fraudebestendig. Zorgaanbieders en individuele zorgverleners zijn zich bewust van het belang van correcte registratie en facturatie en zijn op de hoogte van geldende wet- regelgeving. Interne controles en toezicht binnen zorgaanbieders helpen fouten te voorkomen. Zowel zorgverleners, bestuurders als zorgvragers handelen integer.

Welke goede ontwikkelingen zijn er?

- Om partijen voldoende voorbereidingstijd te geven voor de invoering van (nieuwe) regelgeving heeft de NZa in 2014 besloten **uiterlijk 1 juli van het voorafgaande jaar de regelgeving bekend te maken** en wordt regelgeving in principe niet gedurende het jaar aangepast.
- Sinds medio 2013 werken veldpartijen, de NZa en VWS in de medisch-specialistische zorg samen in het project **Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD)** aan het verbeteren van de kwaliteit van registraties en declaraties. De IKCD-partijen hebben het afgelopen jaar veel geïnvesteerd in kostenbewustzijn bij zorgaanbieders en het verspreiden van kennis en kunde ten aanzien van het declaratieproces. Zo hebben de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZKN), en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) bijvoorbeeld voorlichtingsmateriaal over correct declareren verspreid onder ziekenhuizen en bij zelfstandige particuliere klinieken. De in 2013 door de Federatie Medisch Specialisten (FMS) gestarte pilot registratiewijzer is in 2014 verder uitgebreid, met de verspreiding van informatie over correct registreren door medisch specialisten binnen de wetenschappelijke verenigingen.
- Veel beroepsverenigingen en brancheorganisaties informeren hun achterban actief over wijzigingen in richtlijnen en regels en ondersteunen de aanbieders met **handleidingen, praktijkvoorbeelden en scholing**.
- Om de belangrijkste risico's op fraude in kaart te brengen en waar nodig aan te pakken, **toetst VWS met inhoudelijke input van diverse actoren in de zorg - waaronder zorgaanbieders, cliënten, zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM - sinds 2013 alle nieuwe zorgwet- en regelgeving en subsidieregelingen op fraudebestendigheid**. Datzelfde doet de NZa ten aanzien van substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen. Waar nodig wordt wet- en regelgeving of toezicht aangescherpt om vastgestelde risico's weg te nemen of te verkleinen.

- Het afgelopen jaar zijn verschillende maatregelen genomen om het **pgb fraudebestendiger te maken**. Voor de Wlz, en voorheen AWBZ, is onder meer ingezet op aanscherping van voorwaarden en verplichtingen bij het pgb, een toename in persoonlijk contact bij indicatiestelling door het CIZ en het voeren van bewustekeuzegesprekken met nieuwe cliënten en uitvoeren van huisbezoeken aan bestaande budgethouders door zorgkantoren. Ook is per 1 januari 2015 het trekkingsrecht ingevoerd voor pgb's die worden verstrekt vanuit de Wlz, de Wmo 2015 en de Jeugdwet.
- Vanaf 1 januari 2015 is de **toegang tot de langdurige zorg strikter vormgegeven**. Het CIZ heeft daarbij een belangrijke functie als onafhankelijke poortwachter. Hiertoe is de invloed van zorgaanbieders op de uitkomst van het indicatieproces verminderd, vindt meer persoonlijk contact plaats tussen indicatiesteller en potentiële Wlz-gebruikers en is het CIZ vormgegeven als publiekrechtelijk zelfstandig bestuursorgaan.
- Verenigingen van aanbieders toetsen bij de aanvraag van een lidmaatschap de bestuurlijke structuur van kandidaatorganisaties aan de **Zorgbrede Governancecode (ZGC)**. Wanneer de bestuurlijke structuur niet goed is geregeld wordt lidmaatschap geweigerd.

Wat is er nog nodig?

A. Verduidelijken en fraudebestendig maken van wet- en (declaratie)regelgeving

Onrechtmatigheden zijn vaak het gevolg van onbewuste fouten door complexiteit in wet- en regelgeving of doordat zorgverzekeraars de declaraties niet goed (kunnen) controleren. Wetten en regels moeten helder, eenduidig, te controleren en handhaafbaar zijn. Nog niet alle wet- en regelgeving wordt hier voldoende op getoetst. Dat geldt onder meer voor wet- en regelgeving in Caribisch Nederland en de (declaratie)regels van uitvoerende partijen, zoals de NZa en Zorginstituut Nederland (ZiNL).

I. Verder verduidelijken declaratieregelgeving en verbeteren informatievoorziening.

De NZa blijft de komende periode werken aan het vergroten van de helderheid van haar declaratieregelgeving voor zorgaanbieders. Hiertoe integreren de NZa en DBC-onderhoud vanaf 2016 onder meer de bestaande toelichtingen op declaratieregelgeving zodat interpretatieverschillen worden voorkomen. De NZa wil zorgaanbieders daarnaast nog eerder en beter betrekken bij de totstandkoming van nieuwe regels.

II. Analyse van wet- en regelgeving door zorgverzekeraars

Als onderdeel van het bredere plan van aanpak fraudebeheersing van ZN zullen zorgverzekeraars dit jaar op basis van hun controles en fraudeonderzoek voorstellen aandragen bij VWS en de NZa over mogelijke verbeteringen van wet- en regelgeving. Daarbij brengen zorgverzekeraars ook in kaart welke contraproductieve prikkels er in wet- en regelgeving zitten. Wij nemen deze signalen mee bij evaluatie en vernieuwing van wet- en regelgeving en waar nodig optimaliseren we specifieke wetten en regels.

III. Toetsen fraudegevoeligheden en duidelijkheid regelgeving van NZa en ZiNL

De huidige fraudetoets richt zich primair op wet- en regelgeving en bekostigingssystemen van het ministerie. Met de NZa en ZiNL worden momenteel de mogelijkheden bekeken om ook lagere regelgeving op het niveau van de toezichthouder en het zorginstituut te toetsen op fraudegevoeligheden en onduidelijkheden. Het belang van een goede aansluiting van regels bij de praktijk en afstemming tussen de declaratieregelgeving van de NZa en de richtlijnen over aanspraken van het ZiNL zijn daarbij specifiek aandachtspunten, zodat mogelijke tegenstrijdigheden in regels of in de communicatie hierover richting zorgaanbieder en zorgverzekeraars kan worden voorkomen.

IV. Extra fraudetoets relevante bestaande wet- en regelgeving

Naast de fraudetoetsen op nieuwe wet- en regelgeving hebben wij eind 2014 nogmaals goed gekeken naar fraudegevoeligheden binnen bestaande wet- en regelgeving. Waar dat nodig bleek voert VWS, samen met diverse actoren binnen de zorg, extra fraudetoetsen uit. Indien mogelijk in samenhang met reeds geplande bredere wetsevaluaties. Het gaat daarbij onder andere om de Zorgverzekeringswet, verschillende subsidieregelingen en de zorgwet- en de regelgeving van het Caribisch deel van ons Koninkrijk.

V. Fraudebestendig pgb in vier stelsels

Met het doorvoeren van de hervormingen in de langdurige zorg is het pgb, of een pgb-achtig instrument, nu beschikbaar in zowel de Wlz en Zvw als de Wmo 2015 en Jeugdwet. Het pgb is een belangrijk instrument om mensen zelf regie te geven over de benodigde zorg. De afgelopen periode bleek dat er in sommige gevallen echter misbruik werd gemaakt van het instrument. Recent hebben wij daarom een aantal maatregelen ingevoerd om (de uitvoering van) het pgb in met name de Wlz fraudebestendiger te maken. De komende periode houden we mogelijke frauderisico's als gevolg van de hervormingen nauwlettend in de gaten. Hiertoe starten we dit voorjaar met een verkenning met als doel inzichtelijk te maken welke specifieke risico's er vanaf 2015 zijn, per domein en domeinoverstijgend, en welke mogelijke beheersmaatregelen kunnen worden ingezet. Met Per Saldo en zorgkantoren wordt daarnaast gekeken hoe pgb-budgethouders beter kunnen worden toegerust om een goede keuze te maken voor pgb of zorg in natura, en om misbruik door het verstrekken van persoonlijke informatie aan bemiddelingsbureaus te voorkomen.

VI. Huisbezoeken voor pgb-budgethouders in de Wlz

De succesvol gebleken huisbezoeken voor budgethouders in de Wlz worden doorgezet, niet alleen vanwege het opsporen van fraude maar ook als momenten van voorlichting en evaluatie. Zoals eerder aangeven is daarvoor is in 2015 vijf miljoen extra beschikbaar gesteld. Tijdens de huisbezoeken wordt gezien of alles goed gaat, of de situatie niet is veranderd en of er vragen leven bij de budgethouder. Door het zorgkantoor kan zo ook beter worden ingeschat of sprake is van eventuele misstanden of dat er niet langer wordt voldaan aan de voorwaarden en verplichtingen van het pgb.

B. Verder verbeteren bewustwording en administratieve organisatie en interne controle bij aanbieders

Ons zorgsysteem bevindt zich in een transitiefase. Met onder meer de invoering van prestatiebekostiging, DOT en de decentralisaties is er de afgelopen jaren veel veranderd. Samen met de zorgsector zetten we verschillende initiatieven in om de ontstane complexiteit van de financiële verantwoording in lopende transities het hoofd te bieden. Tegelijkertijd investeren we gezamenlijk verder in de kennis en kunde van zorgverleners en bestuurders op het gebied van regelgeving, declaraties en interne controle, om problemen op dit vlak in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen.

I. Werkgroepen correct declareren in de medisch-specialistische zorg en de ggz

In werkgroepen (snel en) correct declareren voor verschillende deelsectoren bouwen we vanaf dit voorjaar voort op zinvolle initiatieven die reeds zijn opgepakt op het terrein van correct declareren in de sectoren.²⁶ Waar nodig wordt in de agenda meer focus aangebracht, waarbij de nadruk ligt op het verder verbeteren van de kwaliteit van registraties en declaraties door het vergroten van bewustwording, verbetering van administratieve processen en actieve kennisuitwisseling. Daarbij betrekken we ook de lessen uit de verschillende jaarrekeningentrajecten en de verbetering van de informatievoorziening over zorgkosten.

²⁶ Bij de medisch-specialistische zorg betreft dit een doorontwikkeling van het huidige IKCD-project.

II. Rechtmatigheid Hervorming Langdurige Zorg en Jeugdwet

Met betrekking tot de rechtmatigheid in de Hervorming Langdurige Zorg en Jeugdwet wordt in 2015 samen met de aanbieders van zorg en ondersteuning, de verzekeraars, de gemeenten en de accountants gekeken naar de belangrijkste implicaties van de hervorming voor de controle en verantwoording van de geleverde zorg en ondersteuning in 2015 en verder. De regelgeving is ingrijpend gewijzigd, en de partijen moeten voor zichzelf en onderling invulling geven aan nieuwe processen en registraties. Door hierin reeds bij aanvang gezamenlijk op te trekken wordt de afstemming gewaarborgd en kunnen controles vormgegeven worden die tegen aanvaardbare lasten de rechtmatigheid van zorguitgaven toetsen. Hiermee wordt mede invulling gegeven aan de procesafspraken die partijen gemaakt hebben in de aanpak van de jaarrekeningproblematiek in de curatieve ggz. Voor 2016 en verder wordt toegewerkt aan betere afstemming in het inkoopproces 2016, opdat de administraties van aanbieders en gemeenten beter aansluiten bij de overeengekomen contractuele voorwaarden.

III. Versterken normbesef correct declareren in zorgorganisaties en verkenning meldcode

Bij normnaleving gaat het niet alleen om regels en systemen. Het draait ook om de mensen die dagelijks met de regels en systemen werken. Van zorgbestuurders en zorgverleners mag verwacht worden dat ze zich aan regels houden en dat ze elkaar erop aanspreken wanneer regels worden overtreden, of dat nu bewust is of onbewust. Wij zijn met relevante partners in de sector in gesprek over hoe het normbesef bij zorgbestuurders en zorgverleners op het gebied van correct declareren effectief verder kan worden vergroot. Daarbij onderzoeken we voor de zomer de mogelijkheid om een meldcode in te voeren voor vermoedens van fraude.

IV. Aandacht voor rechtmatigheid en correct declareren in opleidingen

De landelijke artsenfederatie Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en het College Geneeskundige Specialisten (GCS) starten in 2015 in de geneeskundige vervolgoopleidingen met het bewustzijnsproject 'kosteneffectief kwaliteit leveren'. Doel van het traject is het vergroten van aandacht in opleidingen voor kostenbewustzijn en doelmatigheid in de zorg. Aandacht voor rechtmatigheid en correct declareren maakt hier een belangrijk onderdeel van uit. De opleidingen kijken hoe zij deze thema's kunnen verankeren in het onderwijs en ontwikkelen hiervoor verschillende methoden.

C. Weren van potentiële fraudeurs bij toegang tot de zorg

Het is voor aanbieders met verkeerde motieven relatief gemakkelijk om de zorgmarkt te betreden. Een goede screening is van belang om malafide aanbieders buiten de deur te houden of de deur te wijzen en daarmee de integriteit van de zorgsector te bewaken.

I. Aanscherpen van de Wet toelating zorginstellingen

Om de kwaliteit van zorg bij nieuwe aanbieders beter te waarborgen werken we aan een aanscherping van Wet toelating zorginstellingen (Wtzi). Op dit moment bekijken wij op welke punten de wet om aanpassing vraagt, zodat aanbieders met verkeerde motieven beter kunnen worden geweerd. Streven is om in de eerste helft van 2016 een wetsvoorstel in te dienen.

II. Aanscherpen screening nieuwe zorgaanbieders

We hebben het afgelopen jaar samen met partners gekeken naar mogelijkheden om met een betere screening van zorgaanbieders risico's op onrechtmatigheden te verkleinen. Zo is ZN begin 2015 gestart met een pilot voor een portaal, waarmee zij gemakkelijker beschikbare bronnen kunnen raadplegen om zicht te krijgen op mogelijke risico's. Daarnaast werken we aan een wetsvoorstel ter aanpassing van de Handelsregisterwet en het Burgerlijk Wetboek, waarbij toetreding van nieuwe zorgaanbieders wordt aangescherpt. Gezamenlijk met handhavingpartners zullen we blijven monitoren waar verdere verbeteringen mogelijk zijn.

Thema 3. Controle

Effectieve controles van declaraties en rekeningen zijn belangrijk om onrechtmatigheden snel en adequaat te signaleren, zodat fouten direct kunnen worden hersteld en er actief kan worden gehandeld bij vermoedens van fraude. Daarbij zijn aanbieders zelf in eerste instantie verantwoordelijk voor goede interne controles om onnodige fouten zo veel mogelijk te voorkomen. Zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten zijn vervolgens verantwoordelijk voor een goede externe controle. Dat vraagt om voldoende inzicht in gemaakte kosten en goede controlesystemen, zodat onrechtmatigheden tijdig aan het licht komen, gecorrigeerd kunnen worden en er voldoende informatie voor handen is om eventuele vervolgstappen te ondernemen. Cliënten en patiënten kunnen daarbij actief helpen door hun eigen nota's goed te controleren en vermoedens van fouten of fraude te melden bij hun zorgverzekeraar, Wlz-uitvoerder of gemeente.

Wat willen we bereiken?

Onrechtmatigheden worden tijdig gesignaleerd door zorgaanbieders zelf, door zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en gemeenten, en door patiënten en cliënten. Zorgverzekeraars werken daarbij onderling en met zorgaanbieders nauw samen en pakken meldingen van patiënten en cliënten actief op. Fouten worden zo snel mogelijk hersteld en in de toekomst voorkomen. Vermoedens van fraude worden in samenwerking met andere handhavingspartijen opgepakt en onderzocht.

Welke goede ontwikkelingen zijn er?

- Zorgverzekeraars hebben de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het **verbeteren van hun formele en materiële controles** en hun aanpak van fraudebeheersing. Met behulp van specialistische data- en softwaresystemen worden mogelijke onrechtmatigheden en opvallende declaraties gedetecteerd. Zorgverzekeraars monitoren hun werkwijze met behulp van self-assessment.
- Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders stellen in afstemming met zorgaanbieders voor verschillende sectoren, waaronder de medisch-specialistische zorg, de ggz, de wijkverpleging en de zorg voor zintuiglijk gehandicapten, **uniforme controlesets** op, waarmee zij declaraties van zorgaanbieders controleren. Door de controlesets openbaar te maken ontstaat er transparantie over wat de zorgverzekeraars controleren en kunnen zorgaanbieders en softwareleveranciers de controles in hun eigen systemen inbouwen.
- Ziekenhuizen en zorgverzekeraars werken aan het opstellen van een **gezamenlijk normenkader voor de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC)**. Hiermee kan de inrichting van interne controles verder worden verbeterd waardoor de foutengevoeligheid wordt beperkt.
- Onder regie van ZN werken zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders steeds nauwer samen. Waar zinvol en juridisch mogelijk worden **signalen en resultaten ten aanzien van controles en fraudeonderzoeken met elkaar gedeeld**. Kennis op het gebied van controles en fraude wordt uitgewisseld via werkgroepen.
- Zorgverzekeraars leiden gezamenlijk coördinatoren fraudebeheersing en fraudeonderzoekers op met een specifiek **voor de sector ontwikkelde opleiding**.
- De NZa heeft een **meldpunt** waar organisaties en individuen signalen kunnen melden over mogelijke overtredingen door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders op de Wmg, de Wlz en de Zwv.
- Het wetsvoorstel **Verbetering Toezicht en Opsporing Wmg** omvat onder meer voorstellen voor een goede balans tussen bescherming van persoonsgegevens en controlemogelijkheden door verzekeraars. Zo wordt met de Verbetering Toezicht en Opsporing Wmg op niveau van de wet vastgelegd dat interne en externe accountants toegang hebben tot persoonsgegevens in de financiële administratie en dat verzekeraars zich in het geval van een restitutiepolis rechtstreeks kunnen wenden tot zorgaanbieders.
- Sinds 1 juni 2014 worden de nota's van verzekerden voor onder meer de medisch-specialistische zorg met aanvullende informatie in de **'mijn omgeving'** op de websites van zorgverzekeraars weergegeven.

Dat biedt verzekerden de mogelijkheid om de correctheid van declaraties te controleren en om vermoedens van onrechtmatigheden te melden.

- NVZ en ZN hebben gezamenlijk **dezorgnota.nl** ontwikkeld om patiënten te informeren over betalingen in de zorg en de zorgnota. Op deze website vinden patiënten onder meer informatie over welke zorg vergoed wordt, hoe de nieuwe nota eruit ziet en waar ze terecht kunnen bij vragen en klachten.

Wat is er nog nodig?

A. Effectief inrichten van controles en samenwerking zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders

Zoals gezegd hebben zorgverzekeraars een belangrijke rol in het bewaken van de rechtmatigheid van zorg. Zorgverzekeraars werken daarbij met gerichte controles van declaratiebestanden om onrechtmatigheden aan het licht te brengen. Met data-analyses worden fouten en mogelijk bewuste overtredingen opgespoord en gecorrigeerd. Wij vinden het belangrijk dat zorgverzekeraars daarbij ook goed met elkaar samenwerken en waar zinvol en juridisch mogelijk gebruikmaken van elkaars analyses en resultaten. Wij zien daarnaast veel mogelijkheden in meer systeemgerichte controles, waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderling afspraken maken over de administratieve organisatie. Als het proces in orde is, ontstaan er minder fouten en hoeft er achteraf dus minder gecorrigeerd te worden.

I. Ontwikkelen certificering en horizontaal toezicht

Zorgverzekeraars verkennen momenteel samen met zorgaanbieders de mogelijkheden om door middel van certificering en horizontaal toezicht een hogere declaratiekwaliteit te borgen. Zorgaanbieders laten daarbij aan de hand van het gezamenlijk met zorgverzekeraars opgestelde normenkader voor de administratieve organisatie en interne controle hun declaratieproces certificeren. Voor de verstrekking van het certificaat maken individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van het normenkader afspraken over de administratieve organisatie en interne controleprocessen, waarmee de rechtmatigheid van zorg bij de bron wordt geborgd.

II. Verkennen gezamenlijke onderzoeksunit zorgverzekeraars

In 2015 gaan de zorgverzekeraars verkennen of zij bij fraudeonderzoek meer gezamenlijk kunnen optreden. Daarvoor verkennen de zorgverzekeraars de juridische mogelijkheden voor uitwisseling van gegevens en wordt gezien of een onafhankelijke, gezamenlijke onderzoeksunit kan worden ingezet voor landelijke onderzoeken. De verkenning maakt onderdeel uit van de bredere inzet vanuit zorgverzekeraars op samenwerking bij fraudebeheersing, zoals vastgelegd in het plan van aanpak van ZN.

B. Verduidelijken en vergroten van controlemogelijkheden

Zorgverzekeraars geven aan dat zij soms belemmerd worden in hun mogelijkheden om de rechtmatigheid van zorg goed te controleren en (gezamenlijk) op te treden wanneer zij bewuste overtreding vermoeden. Zij vragen daarvoor om extra instrumentarium en wettelijke ruimte. Wij vinden het van belang dat zorgverzekeraars het bestaande instrumentarium goed benutten. Verzekeraars zetten al goede stappen, maar er is tegelijkertijd nog verbetering mogelijk in de eigen interne (controle)processen en effectieve zorginkoop. Daar waar blijkt dat zorgverzekeraars inderdaad nog extra slagkracht nodig hebben, zullen wij – mede op basis van de aanbevelingen van de NZa in haar onderzoek naar onregelmatigheden – bezien of aanvullende controle-instrumenten wenselijk en mogelijk zijn.

I. Verkennen financiële prikkels zorgverzekeraars

Met betrokken organisaties verkennen wij in 2015 de financiële prikkels die zorgverzekeraars bij hun controles en fraudeonderzoeken ondervinden, mede in het licht van de risicoverevening. Naar aanleiding van deze analyse bekijken wij, de ontwikkelingen in de afbouw van de nacalculatie in het oog houdend, of aanpassing wenselijk is.

II. Mogelijkheid steekproeven in controles verkennen

Indien blijkt dat het bestaande instrumentarium in de toekomst goed benut wordt, maar toch tekortschiet voor een goede aanpak dan kijken wij of het creëren van een aanvullend instrument in de vorm van steekproefcontroles mogelijk is.

III. Vergroten herkenbaarheid facturen in de ggz

Om de informatievoorziening voor verzekeraars over behandelingen in de ggz te verbeteren, wordt sinds vorig jaar ook informatie over het hoofdbehandelaarschap en de verwijzer op de factuur vermeld. Met ingang van 1 januari 2016 zullen ook gegevens over de zwaarte van de zorgvraag worden opgenomen. De exacte aanleverwijze wordt momenteel door zorgaanbieders en zorgverzekeraars uitgewerkt, waarbij de partijen zoeken naar een goede balans tussen privacy en controlemogelijkheden.

IV. Verkennen mogelijkheid dat zorgverzekeraars elkaars controles en fraudeonderzoek kunnen benutten

Zorgverzekeraars voeren momenteel onafhankelijk van elkaar fraudeonderzoek uit, ook als zij naar mogelijke overtredingen van dezelfde zorgaanbieder of instelling kijken. Wettelijk is het nog niet mogelijk om bewijs vanuit deze onderzoeken onderling te benutten. Hierdoor zijn verzekeraars soms genoodzaakt om het onderzoek van een andere verzekeraar over te doen, als een aanbieder die in overtreding is bij meerdere zorgverzekeraars zorg declareert. Dit is zonde van tijd en van mankracht. We verkennen daarom de mogelijkheid dat verzekeraars elkaars controles en fraudeonderzoeken kunnen overnemen, zodat zij bij bewezen onrechtmatigheden de incorrecte declaraties aan hun adres ook kunnen corrigeren.

C. Actieve controle zorgrekeningen en melden vermoedens van fouten of fraude door patiënten en cliënten.

Patiënten en cliënten kunnen zorgverzekeraars ondersteunen bij de controle van declaraties, door de correctheid van hun zorgnota's na te gaan en vermoedens van fouten of fraude te melden. Wij investeren daarom verder in de verduidelijking van zorgnota's en het stimuleren van patiënten en cliënten om hun rekeningen te controleren.

I. Verkennen mogelijkheden voor het vergroten van de inzichtelijkheid van CAK factuuroverzichten

Het CAK is verantwoordelijk voor het innen van de eigen bijdragen voor zorg en ondersteuning die worden verleend op grond van de Wlz en de Wmo 2015. Om cliënten in staat te stellen om te controleren of de gegevens over de geleverde zorg en de kosten van de zorg correct zijn, moeten cliënten zicht hebben op hun zorggebruik en de kosten die voor die zorg en ondersteuning in rekening zijn gebracht (zowel de eigen bijdrage als de kosten die elders in rekening zijn gebracht). Dat betekent ook dat de factuuroverzichten van het CAK voor de cliënt helder en begrijpelijk moeten zijn. Wij zullen met het CAK verkennen wat de mogelijkheden zijn om de cliënt meer zicht te geven op zijn zorggegevens en de kosten van de zorg en ondersteuning, en de inzichtelijkheid van de factuuroverzichten voor de Wlz en de Wmo 2015 te vergroten.

II. Verder vergroten kostenbewustzijn en inzicht in zorgnota

In kader van het traject kostenbewustzijn werken diverse brancheorganisaties en beroepsverenigingen samen met VWS en de NZa aan het vergroten van kostenbewustzijn bij patiënten en cliënten en het vergroten van de medische herkenbaarheid en inzichtelijkheid van de zorgnota. Onder andere in de mondzorg, de medisch-specialistische zorg en de ggz zijn nota's verduidelijkt en patiëntvriendelijker opgesteld. In de zomer van 2014 hebben we u geïnformeerd over de laatste stand van zaken.²⁷ Op basis van een nieuwe peiling onder patiënten en cliënten door de Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) wordt de komende tijd samen met de partijen bezien of aanvullende maatregelen nodig zijn.

²⁷ Kamerstukken II, 2013/2014, 29 689, nr. 534

Thema 4. Handhaving

Het voorkomen van onrechtmatigheden staat voorop, maar wanneer regels toch worden overtreden moet er krachtig en doeltreffend worden opgetreden. Voor een effectieve aanpak van fouten en fraudeurs is goede samenwerking bij handhaving essentieel. Tijdig opgevangen signalen bij controles en in het toezicht moeten op basis van gedegen controle-, toezichts- of opsporingsonderzoek leiden tot passende maatregelen vanuit het civiel-, bestuurs-, straf- of tuchtrecht. De zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders vormen daarbij met administratieve en civielrechtelijke instrumenten de basis. Als toezichthouder heeft de Nza vervolgens de taak om op basis van meldingen en goede risicoanalyses overtredingen bij zorgaanbieders, maar ook bij zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders te signaleren, nader te onderzoeken en wanneer opportuun een bestuursrechtelijke sanctie op te leggen. Als er sprake is van een strafrechtelijk traject, dan is het aan de opsporingsdiensten om een strafrechtelijk opsporingsonderzoek uit te voeren. Zodat het OM fraudeurs strafrechtelijk kan vervolgen en bewezen verklaarde overtredingen gepast bestraft kunnen worden.

Wat willen we bereiken?

Het tijdig opvangen van vermoedens van fouten en fraude leidt op basis van gedegen onderzoek tot passende maatregelen. De verschillende handhavingspartners werken hiervoor nauw samen en hebben voldoende capaciteit en afdoende handhavinginstrumenten om hun rol te vervullen.

Welke goede ontwikkelingen zijn er?

- De handhavingspartners stellen een **gezamenlijk samenwerkingskader handhaving** op, waarin onder andere de rolverdeling en gezamenlijke inzet van de partijen is beschreven.
- Het **wetsvoorstel Verbetering Toezicht en Opsporing Wmg** geeft onder andere aanvullende bevoegdheden aan de NZa en de opsporingsdiensten om effectiever op te kunnen treden.
- De **opsporingsfunctie in de zorg is versterkt en voor de komende jaren belegd bij de I-SZW**. Daartoe is de capaciteit van de I-SZW vanaf 2014 uitgebreid. Er staan specifieke teams paraat voor opsporingsonderzoeken ten aanzien van pgb- en declaratiefraude. De I-SZW werkt daarbij nauw samen met de FIOD, die vanuit zijn kennis en expertise, informatiepositie en de mogelijke samenhang tussen fraude in de zorg en andere vormen van fraude (bijvoorbeeld faillissementsfraude of fiscale fraude) zaken met betrekking tot aanpak van fraude in de zorg verricht.
- Mede naar aanleiding van de casus van het St. Antoniusziekenhuis is de **afstemming over de inzet van verschillende maatregelen en sancties** bij de handhaving tussen de NZa, de IGZ, de bijzondere opsporingsdiensten en het OM verhelderd in het Protocol normnaleving zorgsector.

Wat is er nog nodig?

A. Vergroten capaciteit bij handhavingspartners en mogelijkheden voor gegevensuitwisseling

De aandacht voor het aanpakken van fraudeurs in de zorg is versterkt. Dat vertaalt zich onder meer in een stijgend aantal signalen waarbij een vermoeden van fraude aan de orde is. Om te voorkomen dat signalen (te lang) blijven liggen, is het van belang dat zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM voldoende en op elkaar afgestemde capaciteit hebben om de signalen gezamenlijk op te pakken. Ook is het belangrijk belemmeringen weg te nemen, daar waar deze zich bij de betreffende organisaties voordoen.

I. Verbreden toezicht NZa in risicosectoren

Vanaf 2015 is de capaciteit voor toezicht bij de NZa verder uitgebreid. Daarvoor versterkt de NZa onder andere in twee aanvullende deelsectoren in de zorg het toezicht op correct declareren. De NZa heeft dan in totaal in acht sectoren in de zorg trajecten rond correct declareren lopen.

II. Verder versterken opsporingsfunctie in de zorg

In 2015 versterken wij ook de opsporingsfunctie in de zorg verder vanuit de aanvullende middelen die hier structureel voor beschikbaar zijn. Deze middelen worden ingezet om de capaciteit van de I-SZW uit te breiden en om doorlopend te investeren in de kwaliteit van de opsporing. De I-SZW richt zich daarbij met name op verdere kennisopbouw, het financieel rechercheren, afpakken, het doorontwikkelen van rechnermethodes en een oplossingsgerichte onderzoeksaanpak.

III. Uitbreiden capaciteit zorgfraudezaken Openbaar Ministerie

Door de intensivering in het toezicht van de NZa en de opsporing bij de I-SZW ligt het in de rede dat het OM te maken krijgt met een groeiend aantal fraudezaken. Daartoe stellen wij vanaf 2015 aan het OM intensiveringsgelden beschikbaar voor capaciteitsuitbreiding.

IV. Verkennen mogelijkheden leveren gegevens aan het OM ter onderbouwing van de aangifteplicht

Op dit moment is het nog niet in alle gevallen duidelijk of bij een aangifte van een vermoeden van zorgfraude de hiervoor benodigde (medische) gegevens verstrekt mogen worden aan het OM. Wij bezien de alternatieven die het duidelijk en mogelijk maken voor zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders, CIZ en CAK om gegevens te verstrekken aan het OM die noodzakelijk zijn voor een onderbouwde aangifte van een vermoeden van zorgfraude.

B. Verdere versterking samenwerking tussen handhavingspartijen

Het is belangrijk dat handhavingspartners elkaar goed weten te vinden. Dat zij elkaars rollen en verantwoordelijkheden, taal en 'leefwereld' begrijpen. Dat stelt hen in staat in gezamenlijkheid te besluiten hoe bij een vermoeden van fraude het beste kan worden gehandeld.

I. Opstellen handhavingsstrategieën

Voor verschillende deelsectoren zijn handhavingsstrategieën opgesteld. Hierin hebben zorgverzekeraars, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM op basis van inzichten uit de handhaving vastgelegd welke instrumenten zij inzetten om de normnaleving binnen de sectoren verder te versterken. In 2015 zullen de partners ook dergelijke strategieën opstellen voor de andere sectoren waar de NZa verscherpt toezicht uitvoert. Doel daarbij is niet alleen het interveniëren bij vastgestelde overtredingen, maar ook het stimuleren van naleving van regels in de eerste plaats. Ook bij handhaving geldt dat voorkomen beter is dan genezen. Berichtgeving over regels, resultaten van onderzoeken en sancties speelt daarbij een belangrijke rol. De partijen besteden daarom bij het opstellen van de strategieën ook aandacht aan de inzet van handhavingscommunicatie.

II. Vergroten gemeenschappelijke taal en leefwereld handhaving

Het is van belang dat de verschillende betrokken partijen elkaars rollen en verantwoordelijkheden (waaronder de specifieke taal en omgeving die daarbij hoort) goed begrijpen. Zij gaan daar meer aandacht aan besteden in het regulier overleg tussen de handhavingspartners. Ook organiseren de NZa en de I-SZW dit voorjaar een themabijeenkomst die in het teken staat van een gemeenschappelijk begrippenkader en kennis van de leefwereld van de handhavingspartners.

III. Versterken kruisbestuiving uitvoeringstoezicht en kwaliteits- en nalevingstoezicht

Signalen in het kwaliteitstoezicht van de IGZ kunnen waardevolle informatie opleveren voor het toezicht van de NZa. Wanneer de administratie niet op orde is, kan dit samenhangen met ondermaatse kwaliteit. NZa en IGZ verkennen in 2015 gezamenlijk hoe deze kruisbestuiving verder vormgegeven kan worden.

C. Betere en passende inzet van verschillende handhavingsinstrumenten

Zorgverzekeraars, de NZa, IGZ en het OM kunnen verschillende handhavingsinstrumenten inzetten om personen en organisaties bij bewezen overtredingen aan te pakken. Het gaat daarbij onder andere om instrumenten vanuit het civiel recht, bestuursrecht, tuchtrecht en strafrecht. Een goede en gezamenlijke afweging van handhavingsinstrumenten is van belang om tot een passende interventie te komen die aansluit bij de overtreding en een duidelijke boodschap afgeeft aan andere personen of instanties die overtreding van regels overwegen: fraude is onacceptabel en wordt stevig aangepakt.

I. Verbeteren inzet van het tuchtrecht en civiel recht door zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders

Zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders beschikken over verschillende (civielrechtelijke) instrumenten in het kader van handhaving bij fouten en vermoedens van fraude. In de overeenkomsten die zij met zorgaanbieders of patiënten en cliënten sluiten, kunnen zij afspraken maken over sancties bij vastgestelde onrechtmatigheden. Bijvoorbeeld afspraken over het ontbinden van de overeenkomst, het opleggen van een boete of aanpassing van de budget- en/of tariefsafpraak. Van deze mogelijkheden wordt nog weinig gebruik gemaakt. Wij zetten ons de komende periode daarom extra in om zorgverzekeraars en Wlz-uitvoerders op de hoogte te brengen van de mogelijkheden en ze te stimuleren de civielrechtelijke overeenkomsten meer te benutten. Dat geldt ook voor het gebruik van tuchtrecht. Financieel onzorgvuldig handelen valt onder de tweede tuchtnorm van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (de Wet BIG). Verzekeraars kunnen op grond van deze tuchtnorm een klacht indienen bij het tuchtcollege. In het evaluatierapport van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg wordt gesignaleerd dat er tot nu toe een weinig actief tuchtrechtelijk handhavingsbeleid wordt gevoerd ten aanzien van zorgfraude. We zullen het instrument van het tuchtrecht meer onder de aandacht van zorgverzekeraars brengen, zodat zij dit instrument actiever gaan inzetten.

4. HOE VERDER?

Nieuwe stap naar meer rechtmatige zorg Doorlopend gesprek met betrokkenen

Met dit plan zetten we, waar mogelijk gezamenlijk met de zorgsector, een nieuwe stap op weg naar meer rechtmatige zorg. Er worden verschillende acties ondernomen om een volgende slag te maken. Echter, die volgende slag is niet van vandaag op morgen bereikt. Veranderingen in de zorg zijn als een marathon, geen sprint. Het is een proces dat een lange adem vergt en aandacht vraagt van alle betrokkenen. Wij eindigen dit plan daarom met een oproep aan zorgaanbieders, patiënten en cliënten, zorgverzekeraars, gemeenten, toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM om de goede inzet in de afgelopen periode voort te zetten en gezamenlijk te werken aan het zoveel mogelijk beperken van fouten en het aanpakken van fraudeurs.

Voor de totstandkoming van dit programma hebben we met veel partijen gesproken. De komende tijd blijven we in gesprek met alle betrokkenen, om de aanpak en maatregelen uit dit programma verder te concretiseren. We starten dit jaar over de volle breedte met onze verdere inzet en volgen de komende jaren hoe de beweging naar meer rechtmatige zorg doorzet. Daarbij worden de maatregelen op basis van onderzoek, ervaringen en constante dialoog met betrokkenen steeds verder geconcretiseerd en aangescherpt. Waar nodig zetten we aanvullende maatregelen in. We zullen regelmatig rapporteren over ontwikkelingen in het programma en de uitwerking, voortgang en resultaten van de activiteiten. De komende tijd zetten wij allereerst in op het verduidelijken, vereenvoudigen en aanscherpen van wet- en regelgeving, zodat fouten zo veel mogelijk kunnen worden voorkomen. Wanneer regels en systemen duidelijker zijn en bewustwording is vergroot, wordt ook beter zichtbaar wanneer personen of instanties regels toch (bewust) overtreden. Om te zorgen dat fraudeurs ook stevig aangepakt kunnen worden, richten we onze aandacht vervolgens op een verdere versterking van de handhaving.

Wij zijn ervan overtuigd dat wij met deze aanpak een benodigde volgende stap kunnen zetten naar meer rechtmatigheid in de zorg, zodat iedere euro in de zorg goed en correct wordt besteed.