



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



INLEIDING 3

MANAGEMENTSAMENVATTING 4

1 HET VOORKOMEN VAN FOUTEN EN FRAUDE 6

2 SECTORPLANNEN 11



2.1 Medisch-
specialistische zorg
— 13



2.2 Geestelijke
gezondheidszorg
— 18



2.3
Mondzorg
— 21



2.4
Wijkverpleging
— 24



2.5 Persoons-
gebonden budget
— 29

3 WETGEVINGSTRAJECTEN 32

4 MONITORING EN EFFECTMETING 37

Rechtmatige Zorg 2018-2021 —
Aanpak van fouten en fraude

INLEIDING

Samen met ketenpartijen blijven we ons inzetten voor het voorkomen en uitbannen van fouten en fraude. Daar waar we bijvoorbeeld zien dat regelgeving onduidelijk is of voor onwenselijke neveneffecten zorgt, passen we deze aan. We zien tegelijkertijd dat onze aandacht voor onrechtmatigheden onverminderd nodig blijft. Geld voor de zorg moet naar de zorg. Wij zijn allen verantwoordelijk voor de juiste besteding van zorggelden. Door onder andere de toegenomen vergrijzing, behandelingen en geneesmiddelen die duurder worden, toenemende mogelijkheden om een kwalitatief gezond leven te leiden en de hogere eisen die gesteld worden aan de gezondheidszorg, blijven de zorgkosten stijgen. Keuzes moeten gemaakt worden om ons zorgstelsel betaalbaar te houden. Dat vraagt van ons, ketenpartners én burgers een actieve houding bij onder andere het beheersen van de kosten.

Een manier om de kosten te beheersen en de solidariteit te behouden is de aanpak van fouten en fraude in de zorgsector.

De aanpak van fouten en fraude gaat niet alleen over de euro's. Het gaat ook over de kwaliteit van zorg. We zien dat fraude in de zorg ook kan leiden tot zorgverwaarlozing. Patiënten die de zorg niet krijgen die ze op papier wel gekregen zouden hebben en behandelingen die niet nodig zijn, maar toch gegeven worden om inkomsten te genereren. We zien binnen de aanpak van fouten en fraude ook andere patronen ontstaan. Deze hebben betrekking op niet-integere bedrijfsvoering, onterechte winstuitkeringen en toetreding van en 'rondshoppen' door frauduleuze zorgaanbieders. Wij maken ons hard tegen eenieder die ons zorgstelsel probeert te ondermijnen. Genoeg redenen om met prioriteit fouten en fraude tegen te gaan.

In deze tweede voortgangsrapportage van het programma [Rechtmatige Zorg 2018-2021](#) presenteren we de voortgang die is geboekt in het eerste halfjaar van 2019. Wij bouwen voort op de eerder ingeslagen weg en gaan verder daar waar dat nodig is.

MANAGEMENT- SAMENVATTING

In navolging op het programmaplan Rechtmatige Zorg 2018-2021 en de eerste voortgangsrapportage bouwen we voort op de ingeslagen weg bij de aanpak van fouten en fraude. Naast de focus op preventiemaatregelen en de vijf geselecteerde zorgsectoren blijven we ons ook inzetten op het bouwen van de wettelijke randvoorwaarden voor een rechtmatig zorgstelsel.

Het afgelopen halfjaar zijn tal van maatregelen gerealiseerd. Deze maatregelen zijn enerzijds in het programmaplan aangekondigd en anderzijds - als gevolg van veranderende risico's in de zorg - op eigen initiatief door partijen opgepakt en uitgevoerd. Zo is bijvoorbeeld in de MSZ in augustus 2019 een registratiewijzer opgesteld voor de veranderingen in de NZa-regelgeving omtrent het naast elkaar registreren van twee of meer DBC's (ofwel paralleliteit) per 2020. Met deze registratiewijzer worden de veranderingen in registratie omtrent paralleliteit uitgelegd, zodat fouten voorkomen kunnen worden in de nieuwe situatie van registreren. In de GGZ is een overzicht gemaakt van de meest voorkomende foutcodes bij afgekeurde declaraties. Dit overzicht is in februari jl. door de softwareleverancier opgepakt voor het doorvoeren van aanpassingen in het systeem om dergelijke declaratiefouten in de toekomst te voorkomen. In de mondzorg heeft het recent gestarte 'expertteam' tot goede gesprekken en afspraken in de mondzorg geleid. Dit team, bestaande uit onder andere branche-partijen van de mondzorgsector en de NZa, komt elk kwartaal bijeen om actuele casuïstiek te bespreken en daar waar nodig regelgeving aan te passen. In 2019 zijn 32 casussen besproken: 15 daarvan zijn opgelost in de expertbijeenkomsten en de overige casussen zijn in het technisch overleg van de NZa ingebracht ter wijziging van de regelgeving. In de wijkverpleging is een belangrijke stap gezet in het eenduidig

verhelderen van het verpleegkundig indiceren. Het Begrippenkader Indicatieproces is opgesteld en geeft weer wat er onder de begrippen verstaan wordt en worden de knelpunten en dilemma's toegelicht waar eenieder die betrokken is bij de zorg achter de voordeur tegenaan loopt. Ook blijft onze aandacht voor de onrechtmatigheden met het persoonsgebonden budget onverminderd. Om een completer beeld te krijgen van de omvang van fraude met het pgb, is door het IKZ een inventariserend vooronderzoek uitgevoerd om voorstellen te kunnen doen voor de inrichting van een vervolgonderzoek naar de aard en omvang van pgb-fraude in Nederland. Het vooronderzoek is inmiddels gereed.

Met de bovengenoemde resultaten zijn we er echter nog niet. We staan met onze ketenpartners stil bij onze successen en gaan verder. We leren ook van elkaar. Zo heeft Horizontaal Toezicht in de MSZ ook haar bereik gevonden in de GGZ: er is namelijk een landelijk raamwerk 'Horizontaal Toezicht in de GGZ' ontwikkeld dat een implementatieplan en meerdere producten omvat, waarin GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars samen inzetten op minder administratieve lasten en een efficiënter én effectiever toezicht op de rechtmatigheid van de zorguitgaven in de GGZ. Ook in de mondzorg zitten we niet stil; de gezamenlijke ambities voor de mondzorg zijn vastgesteld. Deze ambities worden de komende tijd verder uitgewerkt tot concrete voorstellen voor verbetering op het gebied van innovatie, preventie en transparantie voor de patiënt. Een belangrijke maatregel in onder andere de wijkverpleging is de bevordering van de contractering. We bereiden hiervoor een wetsvoorstel voor. Indien het aandeel niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging of een andere sector niet daalt, kan na weging van de uitkomsten van verscheidene lopende onderzoeken naar de contractering in die sector, de sector aanwijzen en de hoogte van de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vastleggen.

Tenslotte zetten we ook in op het versterken van de bewustwording over onze fraudeaanpak. Dit doen we niet alleen via de gebruikelijke overleggen, maar ook door digitale instrumenten (onder andere de media) in te zetten. Verder willen we niet alleen inzetten op bewustwording bij officiële ketenpartijen, maar ook bij dé belanghebbenden die het meeste baat hebben bij dit programma: de patiënt en burger. We willen de patiënt beter positioneren om in de toekomst een grotere bijdrage te kunnen leveren aan het voorkomen van fouten en fraude in de zorg, en daar starten we mee door deze groep goed te informeren over het belang van bijvoorbeeld het controleren van de eigen zorgnota's.

Naast deze maatregelen en resultaten hebben we veel meer bereikt. Bijvoorbeeld het opstellen van wetsvoorstellen en het meten van onze inspanningen. In [hoofdstuk 3](#) en [4](#) leest u daar meer over.

HET VOORKOMEN VAN FOUTEN EN FRAUDE



1

2

3

4



6



1.1 TASKFORCE INTEGRITEIT ZORGSECTOR

De Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ)¹ heeft een sturende rol in de aanpak van fouten en fraude in de zorgsector. Op 28 februari 2019 is het convenant houdende afspraken over de samenwerking in het kader van de verbetering van de bestrijding van zorgfraude verlengd. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft dit jaar risicoanalyses uitgevoerd in tien verschillende sectoren. Deze uitkomsten gebruikt de NZa om eigen toezichtstaken te prioriteren. Daarnaast is op basis van deze risicoanalyses in de TIZ afgesproken om gezamenlijke handhavingsstrategieën te ontwikkelen voor de langdurige zorg en de sectoren wijkverpleging en farmacie. Doel is om met ingang van 1 januari 2020 in de TIZ-keten te werken volgens deze handhavingsstrategieën.

Om meer inzicht te krijgen in het effect van onze werkzaamheden bij de aanpak van fouten en fraude hebben wij met ketenpartners gesproken over feiten en cijfers voor het meer inzichtelijk maken van fouten en fraude. Eén losstaand getal geeft een summier beeld van een beperkt deel van de gezondheidszorg waar een organisatie als bijvoorbeeld het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) zich mee bezig houdt. Wanneer alle ketenpartners samen de al beschikbare cijfers aanleveren kunnen we een completer beeld krijgen van de fouten en fraude in de gezondheidszorg. Dergelijke gegevens hebben tot nieuwe indicatoren geleid die we in [hoofdstuk 4](#) van deze voortgangsrapportage hebben opgenomen.

¹ De TIZ is een samenwerkingsverband van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Belastingdienst (BD), de Inspectie SZW (ISZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), het Openbaar Ministerie (OM), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), Sociale Verzekeringsbank (SVB) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Er zijn ook stappen gezet in het versterken van de bewustwording in de keten over onze fraude aanpak. Een resultaat hiervan is recent ook in de publiciteit geweest. Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) heeft begin juli 2019 [een onderzoek](#) afgerond naar strafrechtelijke antecedenten bij vermoedens van zorgfraude. Dit onderzoek is gepubliceerd op 4 juli 2019 door het IKZ. Dit najaar presenteert het IKZ aan de IKZ-partners een voorstel voor een vervolgonderzoek.

WINSTEN VAN ZORGORGANISATIES

In juni 2019 hebben Follow the Money, Pointer en Radio Reporter aandacht besteed aan hoge winsten in de zorg. Hierbij zijn in de media en in de politiek vragen naar boven gekomen over onder meer de rechtmatigheid van deze bedrijfswinsten.

Bedrijfswinst is slechts één van de indicatoren op basis waarvan ketenpartners van de TIZ hun aanpak van fouten en fraude of problemen met de kwaliteit/veiligheid van zorg baseren. Nagenoeg alle 97 zorgaanbieders die op de lijst van Follow the Money, Pointer en Radio Reporter staan, zijn in beeld bij minimaal één van de ketenpartners. Ruim 1/3^e van de genoemde instellingen is specifiek in beeld bij het IKZ. Van belang is op te merken dat ketenpartners bij hun financiering, contractering, toezicht, opsporing en prioritering altijd kijken naar een samenspel van een groot aantal verschillende risico-indicatoren. Het enkele feit dat er (in een jaar) een hoge winst is, hoeft niet te betekenen dat er sprake is van onrechtmatig gedrag. Voor exorbitante winstuitkeringen die op voorhand niet uit te leggen zijn, hebben partijen van de TIZ in samenwerking met het IKZ in korte tijd stappen gezet om tot een gezamenlijke aanpak te komen. Overigens hebben diverse instellingen van de lijst op eigen initiatief contact gezocht met hun zorgverzekeraar om toe te lichten hoe hun situatie in elkaar steekt.

Ook is de lijst voor gemeenten aanleiding geweest om toelichting te vragen aan op de lijst voorkomende instellingen.

Op 23 september jl. zijn TIZ-partners bijeengekomen om, aanvullend op de acties die al lopen -bijvoorbeeld in de wijkverpleging- afspraken te maken over deze aanpak die specifiek gericht is op zorgaanbieders waarop de risico-indicatoren van toepassing zijn die duiden op het bestaan van onrechtmatigheden of issues rondom de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De aanpak is tweeledig: enerzijds wordt er door het IKZ een verkenning uitgevoerd naar onder andere het gedrag van zorgaanbieders. Anderzijds wordt er onderzoek gedaan naar de specifieke zorgaanbieders op de lijst van Follow the Money. Tot slot blijft aandacht voor toetreding noodzakelijk. Zo blijven we voorkomen dat malafide partijen de zorg betreden.

Aantal fraudetoetsen voorgenomen regelgeving in 2018

50



Bron: VWS

1.2 FRAUDETUETS

Het voorkomen van fouten en fraude is een belangrijk doel van het programmaplan Rechtmatige Zorg. Het borgen en verstevigen van de bewustwording is daarbij van belang. Daar waar gekozen is voor het instrument regelgeving, vormt dit veelal de basis. Regelgeving dient eenduidig, uitvoerbaar en controleerbaar te zijn, zodat zorgprofessionals weten waar ze aan toe zijn, fouten en fraude tot een minimum worden beperkt en handhaving efficiënt en effectief kan plaatsvinden. Voorgenomen wet- en regelgeving wordt al onderworpen aan een fraudetoets, waarbij de fraudebestendigheid getoetst wordt. Wij gaan hiermee door en hebben een aantal aanpassingen doorgevoerd die ervoor zorgen dat eerder in het beleidsproces aandacht wordt besteed aan de fraudebestendigheid van onze wet- en regelgeving. Zo is het nu verplicht om al in de interne startnota wetgeving stil te staan bij mogelijkheden op fouten en fraude. Ook worden ketenpartners die belast zijn met de uitvoering, het toezicht en de handhaving van die regelgeving voortaan structureel betrokken bij de beoordeling van de fraudebestendigheid van die voorgenomen wet- en regelgeving.

1.3 DE ROL VAN DE PATIËNT

Zorggeld dat niet rechtmatig wordt besteed, wordt niet besteed aan zorg die wel écht nodig is. In dergelijke zaken kan ook sprake zijn van zorgverwaarlozing. Patiënten en cliënten krijgen immers niet de zorg waar ze recht op hebben en er wordt zorg gedeclareerd die niet of onvoldoende is geleverd. Dit zet de solidariteit, kwaliteit en betaalbaarheid van het zorgstelsel onder druk. Zorggebruikers, hun familieleden en (voormalige) medewerkers van zorgaanbieders kunnen een belangrijke rol spelen bij het signaleren en melden van vermoedens van fouten of fraude in de zorg. Patiënten weten immers als geen ander welke zorg zij daadwerkelijk hebben ontvangen.

Om burgers meer te betrekken bij de aanpak van onrechtmatigheden in de zorg wordt de komende periode ingezet op drie punten: bewustwording, toegankelijkheid en samenwerking.

1. **Bewustwording:** inzetten op communicatie via (social) media om het belang van het controleren van zorgnota's meer onder de aandacht te brengen en de bewustwording van het melden van fouten en fraude in de zorg te vergroten;
2. **Toegankelijkheid:** één van de middelen om de toegankelijkheid te bevorderen is het initiatief van de frontoffices van de NZa, het Landelijk Meldpunt Zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en het Zorginstituut Nederland (ZINL) om hun onderlinge samenwerking te verbeteren. Medewerkers van de frontoffices zien nog vaak dat burgers niet weten welke handhavende of toezicht houdende partij waarvoor verantwoordelijk is. Het doel van dit initiatief is om ervoor te zorgen dat vragen direct op de juiste plek terecht komen zodat deze in één keer juist beantwoord kunnen worden ("first time right" beantwoording).

Dit wordt onder andere gedaan door:

- 1) Van elkaar te leren en antwoorden te stroomlijnen;
- 2) Doorverwijzingen van andere organisaties te verbeteren door heldere communicatie over wie, waarvoor aan de lat staat; en
- 3) Doorverwijzingen naar elkaar verbeteren en waar mogelijk met persoonlijke overdracht ("warm doorverbinden"). Op 1 juli 2019 is hiermee gestart en in het najaar wordt dit geëvalueerd.

Ook heeft de NZa gewerkt aan het beter in de markt zetten van het centrale meldpunt zorgfraude door teksten op haar website www.nza.nl aan te passen en door een start te maken met aanpassingen van het online meldingsformulier.

Er wordt onderzocht of het creëren van één centraal online platform, van waaruit melders direct worden doorgestuurd naar de website van de (één of meerdere) aangewezen toezichthouder(s), een middel kan zijn om burgers meer te betrekken bij de aanpak van onrechtmatigheden in de zorg. Het platform moet goed vindbaar en laagdrempelig zijn. De NZa heeft eerder ingezet op het vergroten van de bekendheid van haar meldpunt, maar dit meldpunt heeft slechts betrekking op de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Om die reden onderzoeken wij of een centraal online platform ervoor kan zorgen dat meldingen over de jeugdzorg of de Wet maatschappelijk ondersteuning 2015 (Wmo 2015) direct naar de betrokken gemeente doorgestuurd kunnen worden.

3. **Samenwerking:** leren van signalen die binnenkomen bij partijen in het veld: we verkennen welke mogelijkheden voor samenwerking bestaan om burgers beter te betrekken bij de aanpak van onrechtmatigheden. Dit betekent dat we onder andere met de Patiëntenfederatie Nederland gaan onderzoeken hoe we burgers kunnen stimuleren fouten en fraude te melden.

Het doel is om burgers aan te sporen zorgnota's regelmatig te controleren en bij vermoedens van fouten en fraude bij de juiste organisatie(s) een melding te maken.

1.4 TRACK

Dienst Justis,² afdeling TRACK, voert de [Wet controle op rechtspersonen](#) uit en screent sinds 1 juli 2011 doorlopend de integriteit van rechtspersonen, de bestuurder(s) en aandeelhouder(s) van de rechtspersoon zelf, maar ook zijn/haar directe omgeving (bijvoorbeeld familieleden, levenspartner). Grotendeels gebeurt dit automatisch aan de hand van risicoprofielen. Gegevens uit diverse bronnen, zoals onder andere de Basisregistratie Personen, het Handelsregister van de Kamer van Koophandel en het Justitieel Documentatie Systeem worden geanalyseerd op patronen die misbruik voorspellen, zoals witwassen en vormen van fraude, waaronder faillissementsfraude. TRACK heeft twee producten: [netwerktekeningen](#) en risicomeldingen.

In samenwerking met Dienst Justis wordt onderzocht of toezichthouders in de zorg in de toekomst ten behoeve van hun wettelijke taak gebruik kunnen maken van de risicomeldingen. Ook wordt ingezet op het vergroten van de bekendheid bij onder andere gemeenten over het nut en de toepassing van netwerktekeningen bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

1.5 CONVENANT INZET ONAFHANKELIJK DESKUNDIGE ARTS

Op initiatief van het Openbaar Ministerie (OM) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en in samenwerking met de Inspectie SZW (ISZW), Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT), Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en het ministerie van VWS (VWS) zal worden gestart met de tweede evaluatie van het Convenant inzet onafhankelijk deskundige arts bij signalen en verdenkingen van fraude in de zorg.³ De uitkomst van deze jaarlijkse evaluatie wordt in het vierde kwartaal van 2019 verwacht.

² [Dienst Justis](#) is de screenings autoriteit van het ministerie van Justitie en Veiligheid.

³ Convenant gesloten tussen de KNMG, OM, ISZW, FIOD en VWS (Stcrt. 2016, nr. 57996) en met ingang van 21 maart 2017 uitgebreid met de toetreding van de KNMT, de ANT en de KNGF (Stcrt. 2017, nr. 18446).

2 SECTORPLANNEN



1

2

3

4



11





2.1 Medisch-specialistische zorg
— p. 13



2.2 Geestelijke gezondheidszorg
— p. 18



2.3 Mondzorg
— p. 21



2.4 Wijkverpleging
— p. 24



2.5 Persoonsgebonden budget
— p. 29

SECTORPLANNEN

Zoals aangekondigd in het programmaplan en gemeld in de eerste voortgangsrapportage zijn tal van acties opgepakt en is een aantal ook al afgerond. De voortgang van deze acties geven we vorm aan de hand van volgende drie lijnen:

- 1) Welke maatregelen zijn sinds het opleveren van de eerste voortgangsrapportage gerealiseerd?
- 2) Welke maatregelen lopen er?
- 3) Welke geplande maatregelen/acties worden opgepakt na het uitkomen van deze voortgangsrapportage?



2.1 Medisch-specialistische zorg

2.1.1 WAT IS GEREALISEERD?

NADER ONDERZOEKEN EN BEHEERSEN BELANGRIJKSTE RISICO'S EN VERVOLG LEREN VAN SIGNALLEN

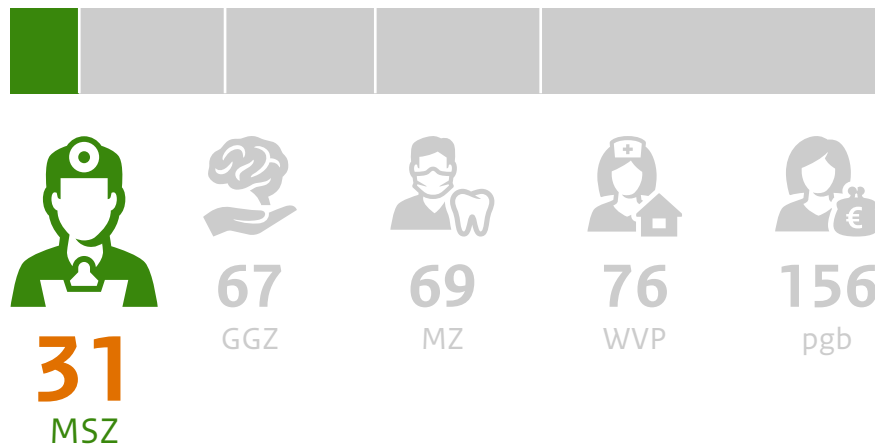
Eerder hebben we aangekondigd onder leiding van de NZa de belangrijkste risico's in de medisch-specialistische zorg (MSZ) nader te onderzoeken en te beheersen. Naar aanleiding van de bijeenkomst "leren van signalen" in november 2018 heeft de NZa eind 2018 analyses uitgevoerd naar het registratie- en declaratiegedrag van zelfstandige behandelcentra (zbc's). Dit heeft geresulteerd in gesprekken met zorgaanbieders (i) en toezichtbezoeken bij zorgaanbieders (ii) door de NZa. Naar aanleiding van de gesprekken hebben alle acht zorgaanbieders een eigen intern onderzoek uitgevoerd. In de teruggekoppelde onderzoeken is onder andere aangegeven welke afwegingen gemaakt zijn en welke correcties en aanpassingen zijn doorgevoerd. De NZa heeft tot dusver de resultaten van vijf onderzoeken bestudeerd. Deze hebben geen aanleiding gegeven tot nader onderzoek door de NZa en dat is ook teruggegeven aan de betreffende vijf klinieken. Het onderzoek bij de resterende drie klinieken loopt nog en zal na afronding door de NZa worden bestudeerd. Voor de zorgaanbieders waar de NZa een toezichtbezoek heeft afgelegd, geldt dat deze onderzoeken nog gaande zijn en hier nog geen uitspraken over gedaan kunnen worden.

Daarnaast heeft de NZa begin 2019 onderzoek gedaan naar de medisch-specialistische revalidatie zorg (MSRZ). De aanpak van MSRZ had twee pijlers. Enerzijds meldten zich enkele aanbieders die onregelmatigheden in hun administratieproces hadden ontdekt. Zij hebben de NZa daarvan op de hoogte gesteld, deze hersteld en met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de terugbetaling. De NZa heeft in vervolg hierop een brief verstuurd naar 89 organisaties

die MSZ verlenen⁴ met de oproep voor een extra interne controle op de administratie. Deze brief leverde negen reacties op. Het merendeel van de instellingen gaf – na een extra interne controle hierop – dat hun bedrijfsvoering en administratie aan de regelgeving voldoet. Twee organisaties hebben hun werkwijze aangepast naar aanleiding van de brief en de interne controle. Anderzijds heeft de NZa ook een zestal signalen over de MSZ zelf aangepakt. Dit waren meldingen van patiënten of behandelaren. Op basis van de melding is een klein data-onderzoek gedaan naar de zes instellingen.⁵

Aantal signalen over (vermoedens van) onrechtmatigheid bij het IKZ in 2018

558
signalen 



Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2018 (IKZ)

REGISTRATIEWIJZER PARALLELLEITEIT

Het registreren en declareren van parallelle zorgtrajecten is één van de risico's in de MSZ zoals ook benoemd is in het programmaplan Rechtmatige Zorg 2018-2021. In de analyse van de NZa is daarom ook gekeken naar parallelleiteit. Onder parallelleiteit wordt het naast elkaar registreren van twee of meer diagnose-behandelcombinaties (DBC's) verstaan. Met name de regels rondom parallelleiteit over specialismen heen worden als complex en onuitvoerbaar ervaren. Zo mag een tweede specialisme alleen een DBC openen als er sprake is van een nieuwe zorgvraag, diagnosestelling én behandeling. In de uitvoering lopen partijen hier tegen grote problemen aan. Om de knelpunten bij parallelle DBC's te verminderen vereenvoudigt de NZa per 1 januari 2020 de regelgeving voor parallelleiteit in de MSZ. Door de regelgeving voor parallelleiteit te vereenvoudigen neemt de regeldruk af en wordt het correct declareren bevorderd. Partijen (te weten: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en de NZa) hebben gezamenlijk in augustus 2019 een registratiewijzer opgesteld voor de veranderingen in de NZa-regelgeving omtrent parallelleiteit per 2020. [In deze handreiking](#) worden de wijzigingen toegelicht en concrete voorbeelden gegeven. Met deze registratiewijzer wordt beoogd om de veranderingen in de registratie rond parallelleiteit uit te leggen, zodat voorkomen kan worden dat er fouten gemaakt worden in de nieuwe situatie.

⁴ Dit betreft zbc's en ziekenhuizen die minimaal 100.000 euro omzet en minimaal 100 patiënten hebben én algemene revalidatiezorginstellingen, zbc's en ziekenhuizen die lid zijn van de branchevereniging Revalidatie Nederland.

⁵ Bij één organisatie is een brief gestuurd over de situatie, twee organisaties zijn bij de NZa geweest voor een gesprek, met één organisatie is telefonisch en per e-mail contact geweest en bij twee organisaties zag de NZa na het data-onderzoek geen aanleiding voor een interventie.

UITWISSELEN VAN GOEDE VOORBEELDEN

Ziekenhuizen hebben op een bijeenkomst georganiseerd door de NVZ op 21 juni 2019 wederom praktijkervaringen gedeeld over correct declareren op gezamenlijk initiatief van NVZ, NFU en ZN. In deze bijeenkomst zijn presentaties gehouden door een aantal ziekenhuizen. Deze ziekenhuizen hebben inzicht gegeven in onder andere hoe zij aan de hand van strategische, tactische en operationele stuurinformatie hun ziekenhuis besturen.

Omvang **teruggevorderde** declaraties (achteraf) door zorgverzekeraars in 2018

€ 255 mln.



Bron: Rapportage resultaten controle en fraudebeheersing 2017 (Zorgverzekeraars Nederland)

2.1.2 WAT LOOPT?

HORIZONTAAL TOEZICHT

Met Horizontaal Toezicht leggen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van vertrouwen en op een transparante, efficiënte en effectieve wijze samen verantwoording af over de rechtmatigheid van de zorguitgaven. Ook de patiënt heeft hier baat bij, omdat de juiste bedragen betaald worden voor de geleverde zorg en daarmee ook het in één keer goed verrekenen van het eigen risico bevorderd wordt. In april 2017 zijn de NVZ, ZN en de NFU gestart met de implementatie van Horizontaal Toezicht in de MSZ. Inmiddels zijn er grote stappen gezet door ZN, NVZ, NFU, maar met name door de ziekenhuizen zelf. In april 2019 ontvingen zeven ziekenhuizen de 'Horizontaal Toezicht Zorg' vlag uit handen van de minister voor Medisch Zorg en Sport. De vlag markeert de overgang naar Horizontaal Toezicht. We kunnen melden dat in de tussentijd nog een ziekenhuis is overgegaan op Horizontaal Toezicht. Steeds meer ziekenhuizen en universitaire medische centra (UMC's) maken de overstap naar Horizontaal Toezicht om de administratieve lasten te verminderen en op basis van gezamenlijk vertrouwen de rechtmatigheid van de zorguitgaven en de transparantie naar de patiënt nog beter te borgen. De branches blijven zich in gezamenlijkheid inzetten om het doel, te weten eind 2020 80% van de (79) ziekenhuizen⁶ over op Horizontaal Toezicht, te halen. We verwachten dat eind 2019 een volgende groep ziekenhuizen over zal gaan op Horizontaal Toezicht.

⁶ Nederland telt 79 ziekenhuizen inclusief 8 universitaire medische centra (UMC's).

GEPAST GEBRUIK

Vanuit Horizontaal Toezicht lopen lokale pilots voor Gepast Gebruik. Uiterlijk begin 2020 nemen partijen een besluit over of de implementatie van Gepast Gebruik wordt meegenomen in Horizontaal Toezicht. Daarnaast is vanuit het hoofdlijnenakkoord (HLA) MSZ het programma 'Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' gestart. Het doel van dit plan is om gezamenlijk ervoor te zorgen dat zorgevaluatie over vijf jaar integraal onderdeel is van het reguliere zorgproces, waarbij wordt geëvalueerd en bewezen effectieve zorg wordt geïmplementeerd. Daardoor krijgt de patiënt de bewezen beste zorg en wordt ook bijgedragen aan het betaalbaar houden van de zorg. In het najaar van 2019 worden hiervoor de eerste acties opgestart.

CONVENANT REVALIDATIECENTRA

Het sinds 2014 bestaande convenant over het certificeren van de declaraties van de revalidatiecentra wordt geactualiseerd. Er is gekozen voor een meer risicogerichte directe aanpak, waarbij zorgverzekeraars en zorgaanbieders op basis van een vernieuwd normenkader periodiek in gesprek gaan over de risico's en de beheersmaatregelen van de zorgaanbieder. Dit wordt gedaan door Revalidatie Nederland in samenwerking met ZN en is naar verwachting eind 2019 gereed.

REGISTRATIE AAN DE BRON

Om een rechtmatige factuur te versturen is het noodzakelijk dat er bewustwording is in alle lagen van de organisaties over correct registreren en declareren van zorg: in één keer goed registreren aan de bron voor meerdere doeleinden. Vanuit de NFU loopt daarom het project [registratie aan de bron](#), waarin gewerkt wordt aan uniformering en uitwisselbaarheid van de (bron)registratie en is er aandacht voor de bewustwording van de noodzaak van eenmalig goed registreren voor meervoudig gebruik. De doelen van dit programma voor 2020 staan beschreven op [de website](#).

REGULIERE JAARLIJKE REGISTRATIEWIJZER FMS

Elk jaar stelt de FMS een registratiewijzer op. In de [registratiewijzer](#) wordt een nadere toelichting en uitleg gegeven bij de regelgeving van de NZa omtrent registratie. Het [overzicht van wijzigingen](#) van de registratiewijzer geeft inzicht in de wijzigingen die door de NZa zijn doorgevoerd. De registratiewijzer van de FMS behoort inmiddels tot een veelgebruikt document door alle partijen in het veld en geldt als naslagwerk voor verduidelijking van NZa-regelgeving en de juiste wijze van registreren.

2.1.3 WAT GAAN WE VERDER DOEN?

De eerdergenoemde maatregelen laten zien dat er veel gerealiseerd is om correct declareren in de MSZ te bevorderen en bewustwording over correct registreren te vergroten. De komende tijd zal daarom meer aandacht uitgaan naar de volgende twee onderwerpen:

HANDREIKING 'KLINISCHE ZIEKENHUIS VERPLAATSTE ZORG NAAR DE THUISITUATIE'

De FMS is samen met NVZ, NFU, ZN, Actiz en VWS bezig om een handreiking op te stellen voor klinische ziekenhuis verplaatste zorg naar de thuissituatie om correct declareren te stimuleren. Deze handreiking is in het najaar van 2019 gereed en bevat achtergronden, afbakening, mogelijke opzet voor lokale invulling van regelgeving voor het mogelijk maken en stimuleren van zorg in de thuissituatie. Door een handreiking op te stellen, is het voor partijen inzichtelijk wat de doelstellingen zijn en welke vereisten nodig zijn om deze vormen van zorg te kunnen leveren, te organiseren en te kunnen declareren.

PROCES WIJZIGINGSVERZOeken REGELGEVING NZa

De branchepartijen NVZ, NFU, FMS en ZN voeren op dit moment verbeteringen door in het proces van wijzigingsverzoeken voor de NZa-regelgeving, met het doel het correct registreren en declareren te bevorderen. De hoeveelheid aan wijzigingsverzoeken vanuit de verschillende branchepartijen vraagt om nauwe samenwerking en afstemming, zodat partijen gezamenlijk kunnen besluiten welke wijzigingsverzoeken in de optiek van partijen door de NZa verwerkt moeten worden. De NVZ, NFU, ZN en FMS voeren regulier overleg met elkaar om de wijzigingsverzoeken te bespreken en af te stemmen. Hiermee wordt het proces rondom de beoordeling van deze wijzigingsverzoeken verbeterd. Hoewel dit meer een procesmatige actie is, zal het verbeteren van dit proces zorgen voor betere onderlinge samenwerking en afstemming, betere onderbouwing van de verzoeken en daarmee ook zorgen voor duidelijke concrete verzoeken aan de NZa voor verbetering en aanpassing van de regelgeving.



2.2 Geestelijke gezondheidszorg

2.2.1 WAT IS GEREALISEERD?

VERBETEREN GEGEVENSUITVRAAG BIJ DERDEN

In het programmaplan is afgesproken dat de NFU onderzoekt of en hoe gegevensuitwisseling met andere partijen verbeterd kan worden, zodat de gegevens over een patiënt die nodig zijn om een declaratie correct in te dienen beter uitgewisseld kunnen worden. De NFU is tot de conclusie gekomen dat nagenoeg alle UMC's waar dit vraagstuk speelt inmiddels werkwijzen hebben waarmee men uit de voeten kan. Mede ook met het oog op de komst van een nieuwe bekostigingssystematiek in de GGZ⁷, die naar verwachting een aantal van de gesignaleerde problemen ondervangt, worden door de NFU geen acties op dit punt opgezet.

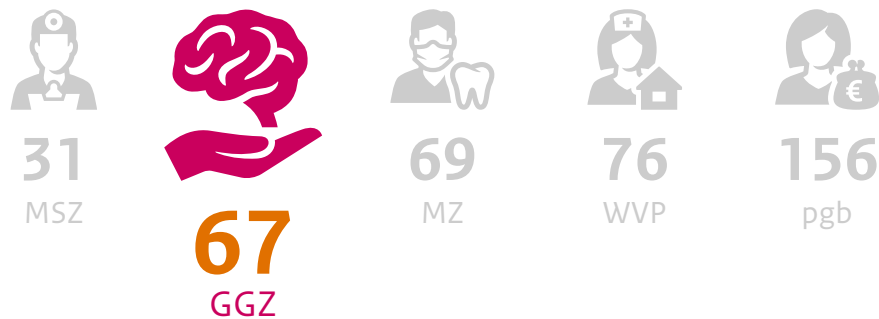
VERVOLG VERBETEREN ICT VAN VRIJGEVESTIGDEN

De landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen & psychotherapeuten (LVVP) werkt aan de verbetering van het declaratieproces. Hiervoor is bij Vecozo een lijst opgevraagd met de meest voorkomende foutcodes bij afgekeurde declaraties. Op basis van deze lijst is de softwareleverancier, waar de meeste foutcodes afkomstig van zijn, in februari 2019 verzocht om aanpassingen te doen die voorkomen dat deze declaratiefouten nog een keer gemaakt kunnen worden. De meest voorkomende foutcodes hebben te maken met data die verkeerd of niet ingevuld is door de zorgaanbieder, waarbij geen begin- of einddatum is ingevuld of waarbij de ingevulde einddatum vóór de begindatum ligt. Om de resultaten hiervan inzichtelijk te maken vraagt de LVVP in het najaar 2019 een nieuwe lijst met declaratiefouten op. Dit wordt door de LVVP herhaald zolang er nog substantiële aantallen declaraties worden afgekeurd.

⁷ Daar waar in het programma Rechtmatige Zorg 2018-2021 gesproken wordt over geestelijke gezondheidszorg wordt de curatieve geestelijke gezondheidszorg bedoeld.

Aantal signalen over (vermoedens van) onrechtmatigheid bij het IKZ in 2018

558
signalen 



Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2018 (IKZ)

HORizontaal Toezicht

GGZ Nederland en ZN hebben samen het landelijk raamwerk 'Horizontaal Toezicht in de GGZ' ontwikkeld. Hiermee zetten GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars samen in op minder administratieve lasten en een efficiënter én effectiever toezicht op de rechtmatigheid van de zorguitgaven in GGZ. Anders dan in de MSZ, is voor de GGZ geen doelstelling geformuleerd over wanneer en hoeveel GGZ-instellingen over zijn op Horizontaal Toezicht. Het landelijk raamwerk Horizontaal Toezicht in de GGZ omvat meerdere producten die zijn gepubliceerd op [de website](#). Het implementatieplan en de producten die de daadwerkelijke invoering ondersteunen zijn ontwikkeld door zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Op 1 oktober 2019 organiseren GGZ Nederland en ZN het congres 'In control met Horizontaal Toezicht'. De staatssecretaris van VWS opent dit congres. GGZ Nederland en ZN blijven Horizontaal Toezicht in de komende jaren verder ontwikkelen.

CONTROLEREEKS 'BURN-OUT'

Zoals in de eerst voortgangsrapportage Rechtmatige Zorg gemeld is, heeft de NZa eind 2018 bij meerdere GGZ-aanbieders gecontroleerd of de behandeling van burn-out correct in rekening gebracht is. Deze reeks is eind 2018 afgesloten. In de nasleep zijn naar aanleiding van meldingen in het voorjaar van 2019 nog twee GGZ-aanbieders bezocht. In beide gevallen is door de NZa geconstateerd dat de behandeling van burn-out correct gedeclareerd wordt. Naar aanleiding van de bezoeken heeft één van de aanbieders een misleidende tekst op de website moeten aanpassen.

LEREN VAN SIGNALLEN

In de eerste helft van 2019 heeft de NZa in het kader van een sectoranalyse geïnterviewd wat de belangrijkste kansen, risico's en problemen zijn in de GGZ. Daarom is er geen sessie "leren met signalen" georganiseerd, zoals in de eerste voortgangsrapportage aangegeven is. Indien er risico's uit de periodieke sectoranalyse naar voren komen, worden deze door de NZa opgepakt.

2.2.2 WAT LOOPT?

OPPAKKEN KNELPUNTEN CORRECT REGISTREREN EN DECLAREREN

Door middel van onafhankelijk onderzoek⁸ zijn de grootste ervaren knelpunten bij GGZ-instellingen in kaart gebracht en de meest voorkomende onrechtmatigheden die zorgverzekeraars constateren tijdens formele en materiële controles. Hieruit is naar voren gekomen dat de afgelopen jaren bij GGZ-instellingen veel verbeterd is op het gebied van correct registreren en declareren binnen de Zvw. Dat is goed nieuws, maar betekent echter niet dat er geen verbetering meer te behalen is. Geconstateerde knelpunten betreffen onder andere interne validatie door GGZ-instellingen, niet verzekerd en registratie dagbesteding, en (volledigheid) verwijzing. De knelpunten uit het rapport worden samen met GGZ Nederland en ZN nader uitgewerkt en aangepakt. Waar nodig worden andere partijen, zoals de NZa, betrokken.

MAXIMUM CONTROLETERMIJN MATERIËLE CONTROLES

Eind 2018 hebben zorgverzekeraars een sectorbreed voorstel opgesteld om de maximale controle termijn voor materiële controles in te perken ten behoeve van correct declareren en het verminderen van administratieve lasten. ZN stelt dit najaar de voorwaarden op voor de curatieve GGZ en streeft ernaar om dit eind 2019 met zorgverze-

kerars en veldpartijen af te ronden, zodat dit voor de contractering van 2021 in de algemene bepaling van de contracten met zorgaanbieders opgenomen kan worden.

VERBETERMAATREGELEN NAAR AANLEIDING VAN EEN ONDERZOEK

De NZa heeft in de afgelopen jaren over één GGZ-aanbieder veel meldingen binnengekregen over het registreren en declareren van relatief veel indirecte tijd ten opzichte van directe tijd op kortlopende diagnose-behandelcombinaties. De NZa heeft twee keer controles uitgevoerd bij deze GGZ-aanbieder waarbij overtredingen zijn geconstateerd. Naar aanleiding hiervan is de zorgaanbieder begonnen met het doorvoeren van verbetermaatregelen. Hiermee wordt het correct registratie- en declaratiegedrag via aanpassingen in de bedrijfsvoering geborgd. De NZa blijft dit traject op de voet volgen.

2.2.3 WAT GAAN WE VERDER DOEN?

Uit het [onderzoek Correct registreren en declareren](#) in de curatieve GGZ blijkt dat de grootste knelpunten met betrekking tot correct declareren buiten de scope van het onderzoek liggen, namelijk in de veelvoud van financieringsvormen en financiers. Daarom wordt een inventarisatie gedaan naar de grootste overgangsknelpunten voor wat betreft correct declareren en registreren in relatie van de Zvw. Uitgangspunt is dat deze punten binnen het huidige stelsel opgelost kunnen worden.

⁸ Eindrapport correct registreren en declareren, Arteria 27 februari 2019.



2.3 Mondzorg

2.3.1 WAT IS GEREALISEERD?

In de mondzorg is het afgelopen jaar ingezet op het voorkomen van fouten en het bevorderen van de transparantie rond declaraties. De NZa verzorgt jaarlijks colleges aan het Academisch Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA), de Rijksuniversiteit Groningen en de Radboud Universiteit Nijmegen en studenten mondzorgkunde aan de Hogeschool INHOLLAND over onder andere de taken en bevoegdheden van de NZa. In deze colleges is er met name aandacht voor het correct in rekening brengen van prestaties en tarieven bij patiënten en zorgverzekeraars.

EXPERTTEAM

Het expertteam bestaat uit een kern van ZN, ANT en KNMT. Hiernaast sluiten de NVM-mondhygiënisten (NVM) en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT) aan indien er voor hen relevante onderwerpen geagendeerd zijn. Het expertteam komt drie à vier keer per jaar bij elkaar om casuïstiek te bespreken. Elke partij kan haar standpunt geven, waarna de NZa een definitief antwoord op de casus formuleert. Afgelopen jaar hebben vier bijeenkomsten plaatsgevonden. In totaal zijn er 32 casussen besproken, waarvan 15 opgelost zijn tijdens de expertbijeenkomst. Casussen hebben betrekking op bijvoorbeeld de vraag op welke wijze het verbruik van een product gedeclareerd mag worden. De overige casussen zijn ingebracht in het technisch overleg van de NZa ter wijziging van de regelgeving. De regelgeving wordt vanaf 2020 voor de meeste van de ingebrachte punten aangepast. [Deze wijziging](#) draagt bij aan eenduidige werkwijze rond het declareren in de mondzorg.

Aantal signalen over (vermoedens van) onrechtmatigheid bij het IKZ in 2018

558
signalen 



31
MSZ



67
GGZ



69
MZ



76
WVP



156
pgb

Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2018 (IKZ)

2.3.2 WAT LOOPT?

AMBITIES MONDZORG

Beroepsverenigingen in de mondzorg hebben samen met cliënten- en patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de NZa hun gezamenlijke ambities voor de mondzorg vastgesteld. Zij werken deze ambities verder uit tot concrete voorstellen voor verbetering op het gebied van innovatie, preventie en transparantie voor de patiënt. Door de transparantie te verbeteren kunnen patiënten gerichter hun factuur controleren. Waar deze voorstellen breder zijn dan alleen bekostiging wordt aansluiting gezocht bij al reeds lopende initiatieven of andere organisaties zoals het ZINL. Veel aandacht en energie gaat de komende tijd zitten in de uitwerking van de geformuleerde ambities, zoals die hieronder zijn opgenomen:

- Meer inzetten op bewezen effectieve preventie;
- Maatwerk in de bekostiging en organisatie van mondzorg voor jeugd tot 18 jaar;
- Maatwerk in de bekostiging en organisatie van mondzorg voor kwetsbare ouderen;
- Verbeteren informatie en transparantie voor de patiënt;
- Meer ruimte voor innovatie;
- Meer ruimte voor esthetische of cosmetische mondzorg;
- Toegankelijkheid van de mondzorg op de lange termijn moet geborgd zijn.

ONDERZOEKEN

De NZa heeft een onderzoek naar een aanbieder afgerond. Uit onderzoek bleek dat de aanbieder verkregen kortingen op materiaal- en techniekkosten niet 1-op-1 doorberekende aan de patiënt. Naar aanleiding van een aantal gesprekken tussen de NZa en (vertegenwoordigers van) de aanbieder zijn hun werkwijzen aangepast. Ook is afgesproken dat patiënten die in het verleden hiermee gedupeerd zijn het verschil terugbetaald krijgen. Bij een recente nacontrole door de NZa is geconcludeerd dat de

werkwijzen aangepast zijn en de daadwerkelijke inkoopkosten doorberekend worden aan de patiënt.

2.3.3 WAT GAAN WE VERDER DOEN?

ONDERZOEKEN NZA

Op dit moment doet de NZa naar aanleiding van meldingen en data-analyses onderzoek naar enkele aanbieders die mogelijk onterecht combinaties van codes declareren. Om het lopende onderzoek niet te beïnvloeden, kunnen geen verdere mededelingen gedaan worden over deze actie.



2.4 Wijkverpleging

In de Signaleringsbrief 2018⁹ geven toezichts- en handhavingpartners aan zich zorgen te maken over de toename van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging, misstanden rondom de screening van nieuwe zorgaanbieders, misstanden met betrekking tot de indicatiestelling (valse indicaties en indicaties door onbevoegde zorgverleners) en misstanden zoals het declareren van onverzekerde zorg als verzekerde zorg, meer zorg declareren dan feitelijk geleverd, en het declareren van zorg terwijl geen zorg is verleend. Dit is ontoelaatbaar, omdat de vaak kwetsbare cliënt in deze gevallen niet de zorg krijgt die bij diens gezondheidssituatie noodzakelijk is. Daarnaast is sprake van onbedoelde declaratiefouten die een veelheid aan oorzaken kent, waaronder onduidelijkheid van regelgeving. De afgelopen periode is daarom gewerkt aan onderstaande acties om zowel declaratiefouten als fraude aan te pakken.

2.4.1 WAT IS GEREALISEERD?

PARTIJEN WERKEN AAN VERHOGEN KWALITEIT INDICATIESTELLING

Passende zorg en ondersteuning bieden begint met indiceren, waarbij de zorgbehoefte helder wordt gemaakt. De beroepsgroep heeft in 2014 [het Normenkader](#) vastgesteld, waarin beschreven staat aan welke eisen voldaan moeten worden bij het indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de thuishouding. Op 10 april 2019 heeft Verpleegkundigen & Verzorgden Nederland (V&VN) als toelichting hierop het [Begrippenkader Indicatieproces](#) opgesteld, waarin de werkwijze om tot een verpleegkundige indicatie te komen nader uiteen wordt gezet, zowel procesmatig als inhoudelijk. Begrippen waarover in de praktijk onduidelijkheden waren, zijn verduidelijkt, zoals de vraag wanneer de verpleegkundige aan zet is bij medicatietoediening, of wat geneeskundige zorg inhoudt. Het ZINL heeft aansluitend [een nadere duiding](#)

⁹ Opgesteld door ketenpartners uit de Taskforce Integriteit Zorgsector.

Aantal signalen over (vermoedens) van onrechtmatigheid bij het IKZ in 2018

558
signalen




61
MSZ



65
GGZ



108
MZ



76
WVP



156
pgb

Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2018 (IKZ)

opgesteld op basis van het begrippenkader om een aantal begrippen uit de regelgeving te verhelderen. Hiermee worden onduidelijkheden uit de praktijk over bijvoorbeeld de afbakening tussen de Zvw en andere domeinen verduidelijkt. De duiding draagt bij aan een gemeenschappelijk beeld voor alle betrokken partijen bij begrippen zoals de geneeskundige context, waaronder maaltijdtoediening en medicatietoediening, en hoe de verpleegkundige deze begrippen interpreteert bij het stellen van de indicatie. Daarbij hebben V&VN, Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG), ZN en ZINL de factsheet maaltijdondersteuning vastgesteld voor medewerkers van het sociale wijkteam/Wmo-loket van gemeenten, wijkverpleegkundigen en zorgverzekeraars. De factsheet verduidelijkt wie wanneer de ondersteuning bij de maaltijd moet bieden en vergoeden. Op deze wijze is het voor zorgaanbieders helder hoe er correct gedeclareerd moet worden. De partijen verspreiden deze factsheet onder hun achterban. Daarnaast wordt ingezet op de verdere professionalisering van de indicatiestelling in de wijkverpleging door de afspraken uit het HLA wijkverpleging uit te voeren. Dit gaat onder andere om het project intercollegiale toetsing en het onderzoek naar praktijkvariatie. In het project intercollegiale toetsing worden procesbegeleiders opgeleid die wijkverpleegkundigen begeleiden/trainen in het bespreken van casuïstiek en het onderling stellen van kritische vragen over de wijze waarop de indicatiestelling tot stand komt. Voor het onderzoek naar praktijkvariatie werkt V&VN aan een subsidieaanvraag. Het onderzoek start naar verwachting in het najaar van 2019.

HANDREIKING REGISTRATIESTAANDAARD WIJKVERPLEGING

Om de administratieve lasten te verminderen is door alle betrokken organisaties in de wijkverpleging een nieuwe registratiewijze 'zorgplan = planning = realisatie, tenzij' ontwikkeld. Deze nieuwe registratiewijze is eind 2018 vastgelegd in een convenant tussen de partijen, waarna voor de implementatie de [Handreiking registratiestandaard](#)

[wijkverpleging](#) is gepubliceerd ter vervanging van de 5-minutenregistratie. Deze handreiking is de standaard waarmee partijen (gaan) werken en ondersteunt in de wijze waarop zorgaanbieders omgaan met registratie en verantwoording van zorgplanning. Voor deze registratiewijze is van belang dat op basis van een gestelde indicatie goede dossiervorming plaatsvindt en dat de planning daarop aansluit. Daarbij zijn ook afspraken gemaakt over de controle op organisatieniveau. De handreiking laat bewust ruimte voor een specifieke uitwerking in de eigen organisatie, en beoogt duidelijkheid te scheppen over bijvoorbeeld het minimumniveau van de professionaliteit van de bedrijfsvoering. Een professionele bedrijfsvoering is immers randvoorwaardelijk voor correct registratie- en declaratiegedrag, en daarmee voor betaalbare en voor iedereen toegankelijke zorg. Actiz en Zorgthuisnl ondersteunen hun leden om hier verder invulling aan te geven en hebben tools ontwikkeld om zorgaanbieders en zorgverzekeraars hierin te ondersteunen door middel van een toelichting voor bestuurders, organisatie van bijeenkomsten voor wijkverpleegkundigen en de inrichting van een helpdesk.

2.4.2 WAT LOOPT?

VERBETEREN CORRECT DECLAREREN

Samen met branchepartijen V&VN, Zorgthuisnl, Actiz, Patiëntenfederatie Nederland en ZN wordt gewerkt aan een oplossing voor de top tien declaratieknelpunten in de wijkverpleging. Voorbeelden van knelpunten zijn een niet-passende indicatie bij de gezondheidssituatie van de cliënt, onduidelijkheden over welke zorg onder welke financieringsvorm valt, en een niet-navolgbare vastlegging van de zorg in het zorgdossier. We sluiten hierbij zoveel mogelijk aan bij lopende trajecten waarin

deze knelpunten opgepakt worden. We monitoren de trajecten die deze top 10 van declaratieknelpunten oplossen.

CONTROLE INDICATIESTELLING DOOR ONAFHANKELIJKE DESKUNDIGE

Branchepartijen stellen een raamwerk op voor het inzetten van een onafhankelijke deskundige. Vertrekpunt bij de ontwikkeling van dit raamwerk is dat indien er sprake is van gegronde twijfel over de juistheid van een afgegeven indicatie is, een onafhankelijke wijkverpleegkundige of commissie gevraagd kan worden de indicatiestelling te herbeoordelen bij zorgaanbieders die geen wijkverpleegkundige in dienst hebben. Dit raamwerk is in het najaar 2019 gereed. Hiermee worden de problemen zoals geschetst in de [Signaleringsbrief 2018](#) naar verwachting ondervangen.

TOEZICHT EN CONTROLE

De NZa, IGJ en ISZW zijn samen met het OM, FIOD en zorgverzekeraars¹⁰ een pilot gestart om gezamenlijk misbruik, fraude en zorgverwaarlozing in de wijkverpleging aan te pakken. Door samen te werken en informatie te delen, optimaliseren deze partners de kans dat men de juiste casuïstiek selecteert en aanpakt. In de pilot worden meldingen, signalen en data onderzocht waarbij de partners gezamenlijk bekijken of de declaratiedata van de betreffende zorgaanbieder de meldingen bevestigen. Bovendien bekijken partners in deze pilot welke handhavingspartner het meest effectief onderzoek kan doen naar mogelijke misstanden. In mei en juni jl. zijn verschillende toezichtsacties bij bedrijven die wijkverpleegkundige zorg aanbieden uitgevoerd. Daarbij is gecontroleerd of de geïndiceerde zorg geleverd is en is beoordeeld of

¹⁰ Zorgverzekeraars ONVZ, CZ, Menzis en DSW participeren in deze pilot namens alle zorgverzekeraars.

deze zorg van goede kwaliteit is. Daarnaast hebben zorgverzekeraars onderzoek uitgevoerd. De komende tijd wordt de opgehaalde informatie geanalyseerd en beoordeeld. Meer controlebezoeken volgen.

De NZa heeft de afgelopen periode ingezet op versterking van haar data-gedreven toezicht, om met behulp van data-analyses risicovolle organisaties in de wijkverpleging te identificeren en te controleren. Verder heeft de NZa, met medewerking van de IGJ, een aantal controles uitgevoerd bij nieuwe toetreders in de wijkverpleging. De focus ligt hierbij op de vraag of een toetredende zorgaanbieder haar administratie op orde heeft.

BEVORDEREN CONTRACTERING

Fouten en fraude in de wijkverpleging (Zvw) zijn met name in het ongecontracteerde segment van deze sector al enige tijd een erkend probleem. Follow the Money, Pointer en Radio Reporter hebben in juni 2019 een lijst van 174 zorgaanbieders gepubliceerd die hoge winsten in 2017 rapporteren. Van deze lijst declareerden in 2017 57 zorgaanbieders 'kosten ten behoeve van de wijkverpleging'. Van deze 57 zorgaanbieders zijn 30 zorgaanbieders niet gecontracteerd, blijkt uit een nadere analyse van Vektis; dat komt neer op 43% van de gedeclareerde kosten wijkverpleging. Dit percentage ligt hoger dan het landelijk gemiddelde (7,4% in 2017). Uit deze nadere analyse van Vektis blijkt ook dat zorgaanbieders die meer dan 40% winst rapporteren vrijwel uitsluitend niet-gecontracteerde zorg declareren. In december informeren we Uw Kamer uitgebreider over de contractering in de wijkverpleging.

In het HLA wijkverpleging hebben partijen diverse maatregelen afgesproken om de contractering te bevorderen. Basis van het stelsel is dat zorgverzekeraars afspraken maken over kwaliteit en prijs met de zorgaanbieders. Dat is in het belang van patiënten en premiebetalers. Uit onderzoek (Arteria, 2018) blijkt dat vooral in de wijkverpleging en delen van de GGZ het aandeel niet-gecontracteerde zorg stijgt. Dit is zorgelijk omdat contractering het vehikel is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, de rechtmatigheid te bevorderen, de betaalbaarheid te vergroten en de toegankelijkheid te waarborgen. De NZa monitort gedurende de looptijd van het HLA of de afspraken die partijen hebben gemaakt leiden tot verbeteringen in het contracteerproces. De afspraken betreffen onder andere verbeterde bereikbaarheid van zorgverzekeraars voor zorgaanbieders, en het gebruik van het cessieverbod¹¹, machtigingen en het niet aangaan van een betaalovereenkomst. De NZa heeft in mei 2019 de Monitor contractering wijkverpleging 2019 gepubliceerd; de komende jaren volgen meer monitors. Uit onderzoek van Vektis moet in de loop van 2019 duidelijk worden wat de ontwikkeling van de niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging is; in 2020 is het beeld over 2019 compleet. Indien uit deze onderzoeken blijkt dat het aandeel niet-gecontracteerde zorg verder stijgt, kan na een bestuurlijke weging van deze uitkomsten, de hoogte van de vergoeding van de niet-gecontracteerde zorg in (nadere) regelgeving vastgelegd worden. Om dit mogelijk te maken, bereiden we, conform de afspraken uit het HLA, hiertoe een wetsvoorstel voor. Dit wetsvoorstel wordt in het najaar 2019 aan de Tweede Kamer aangeboden.

¹¹ Het cessieverbod verbiedt verzekerden hun vordering op hun zorgverzekeraar (die strekt tot vergoeding van zorg) over te dragen aan onder andere de zorgaanbieder die de zorg levert.

2.4.3 WAT GAAN WE VERDER DOEN?

BETER ZICHT OP NIEUWE TOETREDERS

Zorgverzekeraars en toezichthouders signaleren dat het eenvoudig is om een zorgorganisatie te beginnen, waardoor bestuurders die de fout in zijn gegaan zonder veel problemen weer een nieuw bedrijf kunnen starten. Zowel het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) als het daarmee samenhangende wetsvoorstel Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza) liggen bij uw Tweede Kamer. [Zie paragraaf 3.2](#) van deze voortgangsrapportage voor de laatste stand van zaken over deze wetsvoorstellen.

Daarnaast heeft de minister van VWS in de brief Bekostiging en toekomstperspectief voor de wijkverpleging¹² aan uw Kamer aangegeven dat met partijen uit het HLA wijkverpleging is afgesproken om de toename van nieuwe aanbieders in de wijkverpleging te onderzoeken. Er wordt bekeken wie dit zijn en welke drijfveren er zijn om in de wijkverpleging te starten met als doel verdere versnippering tegen te gaan. Betrokken partijen zijn bezig om deze afspraken tot uitvoering te brengen.

SAMENWERKING ZORGVERZEKERAARS BIJ CONTROLES

De NZa gaat naar aanleiding van de [monitor contractering wijkverpleging 2019](#) in gesprek met verzekeraars over welke mogelijkheden er zijn voor zorgverzekeraars om bij controles op (on)gecontracteerde zorg meer samen te werken. De NZa geeft in de monitor contractering wijkverpleging 2019 aan ruimte te zien om de landelijke controles op rechtmatige declaraties uit te bouwen. Een ander advies van de NZa betreft de samenwerking van verzekeraars bij het delen van informatie over aanbieders die falen op de uitsluitingsgronden voor een contract.

Als zorgverzekeraars de uitkomsten van rechtmatigheidscontroles meer met elkaar kunnen delen, kan dit onrechtmatige zorg ontmoedigen. Dit geldt bijvoorbeeld in die situaties waarin zorgverzekeraars constateren dat zorgplannen ontbreken, indicatiestelling volgens de normen van de beroepsgroep ontbreekt of indien onderbouwing van productiecijfers niet aanwezig is.

AANVULLENDE MAATREGELEN WIJKVERPLEGING

Onder leiding van VWS hebben op 16 juli en 17 september 2019 de sessies “grensverleggende maatregelen voor PGB en wijkverpleging” plaatsgevonden. Belangenverenigingen, toezichthouders, zorgverzekeraars, gemeenten en de ISZW hebben in deze bijeenkomsten enerzijds hun ervaringen in de praktijk met elkaar gedeeld en anderzijds nieuwe maatregelen geopperd voor de aanpak van zorgfraude. Deze maatregelen worden de komende periode verder uitgewerkt.

¹² Kamerstukken II, 2018/19, 23 235, nr. 181.



2.5 Persoonsgebonden budget

Indicatiestellers, verstrekkers, toezichthouders, opsporingsdiensten en uitvoeringsorganisaties blijven VWS wijzen op de risico's van het persoonsgebonden budget (pgb). Risico's die we ook zien terugkomen in de berichtgeving over fraudezaken. Pgb-fraude gaat bijna altijd om het declareren van zorg die niet is geleverd. Fraude met pgb kent vele oorzaken. Oorzaken die vaak zijn terug te voeren op de onbekwaamheid en kwetsbaarheid van budgethouders en hun afhankelijkheid van de derden, waaronder de zorgaanbieder.

2.5.1 WAT IS GEREALISEERD?

Om de onbekwaamheid van budgethouders te verminderen is in de agenda pgb de maatregel opgenomen om samen met verstrekkers een domeinoverstijgend uniform kader te ontwikkelen voor pgb-vaardigheid. Zo kunnen verstrekkers beter toetsen bij de aanvraag van een pgb of iemand in staat is om met een pgb om te gaan. Dit is niet de enige actie die gerealiseerd is. Ook de volgende maatregelen uit het programma-plan zijn gerealiseerd:

- De agenda PGB is op 18 december 2018 naar de Tweede Kamer gestuurd;¹³
- Het vooronderzoek naar de aard en omvang van pgb-fraude is gereed;¹⁴
- In het [VNG jaarverslag 2018](#) en het programmaplan 2019 van het kenniscentrum handhaving en naleving van de VNG is opgenomen op welke wijze de controle en handhaving door gemeenten wordt verbeterd.

¹³ Kamerstukken II, 2018/19, 25 657, nr. 303.

¹⁴ De pilot om de omvang daadwerkelijk in te schatten wordt momenteel opgestart. Naar verwachting zullen de uitkomsten begin 2020 bekend zijn.

Aantal signalen over (vermoedens van) onrechtmatigheid bij het IKZ in 2018

558
signalen 



31
MSZ



67
GGZ



69
MZ



76
WVP



156
PGB

Bron: Rapportage Signalen Zorgfraude 2018 (IKZ)

2.5.2 WAT LOOPT?

Een specifiek aandachtspunt in het programma Rechtmatige Zorg is de sterke verplechting van huisvesting en zorg. Cliënten kopen met hun pgb ondermaatse zorg in bij hun aanbieder. Het contract dat zij sluiten, is van dien aard dat als de zorg wordt beëindigd ook de huisvesting wordt beëindigd. Dit brengt cliënten in een zeer onwenselijke afhankelijkheidspositie. Het IKZ verricht momenteel een onderzoek naar vormen van wonen en zorg. Naar verwachting zal dit onderzoek in het najaar van 2019 worden afgerond. Dat het IKZ een onderzoek verricht, betekent niet dat we nu stilzitten. Met verstrekkers zijn we aan het onderzoeken of zij voldoende –juridische– mogelijkheden hebben om zorgaanbieders aan te spreken. De uitkomsten daarvan zijn in het najaar van 2019 gereed.

We willen dat de ISZW meer zorgfraudezaken oppakt. Daarom hebben we de opsporings- en vervolgingscapaciteit bij de ISZW met 20 fte uitgebreid. Ook zijn andere initiatieven gestart. Op basis van de Wet politiegegevens van de Minister van Veiligheid en Justitie zijn we op initiatief van de ISZW tot een machtigingsbesluit schadebeperkende maatregelen zorgfraude gekomen. Aan de hand van de verstrekte informatie die gedeeld wordt door de ISZW aan de NZa, het CIZ, gemeenten, zorgverzekeraars en zorgkantoren kunnen deze partijen onderzoek doen en schade beperken. Dit machtigingsbesluit voorkomt dat geld bestemd voor zorg ten onrechte wordt uitgekeerd en door geld dat al ten onrechte is uitgekeerd terug te vorderen. Fraudezaken die niet door ISZW worden opgepakt worden ‘warm’ overgedragen aan onder andere de desbetreffende gemeente met als doel de ten onrechte verstrekte zorggelden terug te vorderen. We investeren met de ISZW en VNG in een goed werkbaar proces ten aanzien van verstrekkingen aan gemeenten zodat het uiteindelijke doel van het beperken van schade bereikt zal worden. In dit proces wordt extra geïnvesteerd in de relatie met de VNG. Einde van dit jaar zullen de eerste resultaten beschikbaar zijn.

We zijn, zoals voorgenomen in de eerste voortgangsrapportage, met de SVB, het VNG Kenniscentrum Handhaving en Naleving (VNG KCHN) en 18 gemeenten een pilot gestart voor het gebruik van de risicoscan PGB. In november 2019 vindt de evaluatie van de pilot plaats.

ONDERZOEK GESTART NAAR AANLEIDING VAN VERDACHTE DECLARATIE

Uit de scan kwam een aanbieder naar voren die een groot aantal uren per maand (600+) gedeclareerd heeft. Aangezien het lijkt alsof dit een ZZP'er/freelancer betreft, is het aantal uur verdacht te noemen. De gemeente is een onderzoek gestart.

De VNG werkt samen met het Centrum voor Criminaliteit en Veiligheid (CCV) aan een barrièremodel pgb-fraude voor gemeenten. De kwetsbaarheden van het systeem waar fraudeurs in verschillende fasen van het proces gebruik van kunnen maken (zoals de aanvraag, toekenning, verlenen van zorg etc.), zijn in kaart gebracht. Ook zijn door de VNG en CCV de mogelijkheden om in de verschillende fasen barrières op te leggen en wie daarvoor de meest geschikte partij is, besproken. De komende periode wordt door de VNG en CCV bepaald welke stappen nodig zijn om de barrières in de praktijk te brengen. De te nemen stappen liggen zowel op bestuurlijk als op uitvoerend niveau.

Er is ook een werkgroep gestart bestaande uit gemeenten en zorgkantoren om de gegevensuitwisseling en de juridische mogelijkheden te verbeteren om terug te kunnen vorderen bij onrechtmatigheden. De resultaten hiervan zijn in het najaar van 2019 gereed. De VNG heeft vanaf juni 2019 het onderdeel zorgfraude toegevoegd aan de monitor waarstaatjegemeente.nl. Hiermee wordt voor gemeenten inzichtelijk hoe ver zij zijn met de aanpak van zorgfraude en hoe zij het doen ten opzichte van andere gemeenten.

2.5.3 WAT GAAN WE VERDER DOEN?

Onder leiding van VWS hebben op 16 juli en 17 september 2019 de sessies “grensverleggende maatregelen voor PGB en wijkverpleging” plaatsgevonden. Belangenverenigingen, toezichthouders, zorgverzekeraars, gemeenten en de ISZW hebben in deze bijeenkomsten enerzijds hun ervaringen in de praktijk met elkaar gedeeld en anderzijds nieuwe maatregelen geopperd voor de aanpak van zorgfraude.

AANTAL PGB-SIGNALLEN PER WET

	2016	2017	2018
DOMEIN	AANTAL	AANTAL	AANTAL
Wlz	37	118	74
Wmo 2015	18	38	45
Zvw	<5	22	23
Jeugdwet	<5	4	5
Onbekend	<5	15	9
Overig	8	0	0
Totaal	63	197	156

Bron: IKZ rapport signalen zorgfraude 2018

3 WETGEVINGS- TRAJECTEN

3.1 WETSVORSTEL BEVORDEREN SAMENWERKING EN RECHTMATIGE ZORG: GEGEVENSUITWISSELING

Fraude in de zorg speelt zich niet in één zorgdomein of in één gebied af. Instanties, waaronder toezichhouders, opsporingsdiensten, zorgverzekeraars en gemeenten, zijn in de praktijk vaak niet op de hoogte van relevante kennis van andere instanties over fraude. Dat belemmert een goede en snelle aanpak van zorgfraude. Daarom bereiden wij wetgeving voor om de samenwerking tussen verschillende instanties bij het aanpakken van zorgfraude te verbeteren.

Het wetsvoorstel bevat twee onderdelen. Het zorgt er ten eerste voor dat zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten gegevens over fraudeurs op een centrale plek registreren, in een zogenoemd waarschuwingsregister. Genoemde instanties kunnen dit register onder andere raadplegen voordat zij een contract afsluiten en zij kunnen vervolgens risico-beperkende maatregelen nemen. Dit helpt om te voorkomen dat zorgfraude zich mogelijk herhaalt in een ander gebied of zorgdomein.

Ten tweede zorgt dit wetsvoorstel ervoor dat verschillende partijen, waaronder toezichhouders, opsporingsdiensten, zorgverzekeraars en gemeenten, signalen over fraude beter uit gaan wisselen waar dit nu beperkt of niet mogelijk is. Deze partijen kunnen hierdoor - ieder vanuit hun eigen rol en verantwoordelijkheid - fraude beter opsporen en aanpakken. Het uitwisselen van signalen zal verlopen via een rechtspersoon met een wettelijke taak, de stichting IKZ. Dit komt in de plaats van het huidige samenwerkingsverband van partijen.

Het uitwisselen van signalen is belangrijk om te voorkomen dat patiënten de dupe worden van frauduleuze praktijken. Tegelijkertijd willen wij ook de waarborgen voor privacybescherming goed naleven. Gegevensuitwisseling in de zorg is een gevoelig onderwerp, waar zorgvuldig mee omgegaan moet worden. Zo zal het medisch beroepsgeheim in het wetsvoorstel volledig in stand blijven.

Het wetsvoorstel wordt in het najaar van 2019 voorgelegd aan de Raad van State. Het streven is dit wetsvoorstel begin 2020 aan de Tweede Kamer te verzenden.¹⁵ Tegelijk met het wetsvoorstel zullen de conceptstatuten voor het IKZ naar de Tweede Kamer worden gestuurd. In het voorjaar van 2020 volgt de onderliggende Algemene Maatregel van Bestuur, hierin wordt onder andere geregeld welke gegevens er worden verwerkt, de normen voor beveiliging van de gegevens, de bewaartermijnen en de waarborging van de rechten van betrokkenen. Intussen worden stapsgewijs verdere voorbereidingen getroffen, onder andere om via ICT-voorzieningen goede en effectieve gegevensuitwisseling mogelijk te maken tussen partijen en het IKZ.

3.2 (AANPASSINGSWET) WET TOETREDING ZORGAANBIEDERS

Zowel het wetsvoorstel Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)¹⁶ als het daarmee samenhangende wetsvoorstel Aanpassingswet Wet toetreding zorgaanbieders (AWtza)¹⁷ liggen bij de Tweede Kamer.

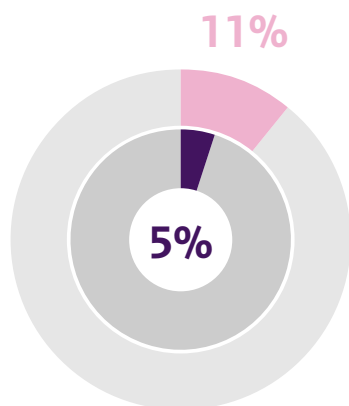
¹⁵ Kamerstukken II, 2018/19, 30 97, kenmerk 2019D25395.

¹⁶ Kamerstukken II, 2016/17, 34 767.

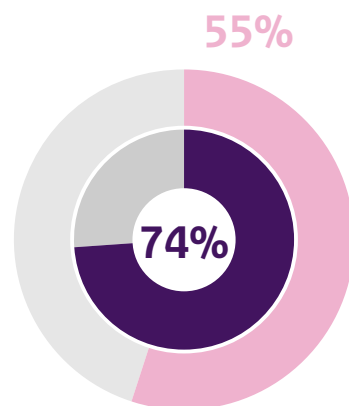
¹⁷ Kamerstukken II, 2016/17, 34 768.

Percentage nieuwe zorgaanbieders dat bij 1^e IGJ-bezoek voldoet aan randvoorwaarden goede zorg

Bij eerste IGJ-bezoek



Bij hertoets zes weken na de vereiste verbetermaatregelen



Bron: IGJ

■ 2017

■ 2018

De Wtza heeft als doel dat nieuwe zorgaanbieders voor de aanvang van de zorgverlening beter bewust worden gemaakt van de (kwaliteits)eisen waaraan zorgaanbieders moeten voldoen (i), hun verantwoordelijkheid hiervoor (ii) en in beeld zijn bij de IGJ (iii). Vooruitlopend op de meldplicht voor nieuwe zorgaanbieders in de Wtza worden nieuw ingeschreven (potentiële) zorgaanbieders in het handelsregister gevraagd zich te melden op www.meldennieuwezorgaanbieders.nl.

De IGJ is bezig met het inrichten van een efficiënter toezicht op nieuwe zorgaanbieders. Een belangrijk onderdeel daarvan is een goede voorlichting, bewustwording aan de voorkant bij de melding, maar ook beter gebruik van bestaande registers en bestanden, waaronder het agb-register¹⁸ van zorgverzekeraars en zorgkantoren. Om effectiever en efficiënter toezicht te kunnen houden en om risicofactoren mee te kunnen nemen in het toezicht dienen er stappen gezet te worden ten aanzien van informatiedeling en automatisering.

In de Wtza is, naast de meldplicht, sprake van een Wtza-vergunning die de huidige Wet toelating zorginstellingen (WTZi)-toelating vervangt. Aan deze Wtza-vergunning zijn meer weigerings- en intrekingsgronden verbonden dan bij de huidige WTZi-toelating. Bijvoorbeeld bestaande eisen uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Verder ontstaat de mogelijkheid om een verklaring omtrent gedrag op te vragen van de rechtspersoon, eigenaar, bestuurder, individuele vennoot of toezichthouder indien daartoe signalen zijn. Als deze niet kan worden verstrekt, kan de vergunning worden

¹⁸ Het agb staat voor 'algemeen gegevens beheer'. Een zorgaanbieder heeft een agb-code nodig om te kunnen declareren.

geweigerd of ingetrokken. Bovendien kan een eigen onderzoek worden gestart op grond van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur. Op basis van die bevindingen kan de vergunning worden geweigerd of ingetrokken.

De AWtza is technisch van aard. Wel wordt in de AWtza een eerste stap gezet om het externe toezicht op de bedrijfsvoering van zorgaanbieders te versterken door het toezicht op de naleving van bestaande regels voor een transparante financiële bedrijfsvoering, het voor bepaalde zorgaanbieders geldende verbod op winstoogmerk en de aanlevering van de jaarverantwoording over te hevelen naar de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) waar de NZa op toeziet. Daarmee worden de toezichttaken meer in lijn gebracht met de kernexpertises van de IGJ en NZa. Op grond van de Wkkgz kan de IGJ blijven ingrijpen als door (financieel) wanbestuur en slechte bedrijfsvoering de kwaliteit of de veiligheid van de zorg in het geding is. Beide toezichthouders blijven, ieder vanuit haar eigen expertise, intensief samenwerken op het thema goed en integer bestuur. Een belangrijk aspect van de Wtza en de AWtza is dat eisen aan zorgaanbieders niet zijn verbonden aan de vergunning maar dat sprake is van direct werkende eisen. Daarmee wordt voorkomen dat de toezichthouder niet meer kan handhaven als de vergunning wordt ingetrokken.

Op 5 maart jl. zijn twee nota's van wijziging aangekondigd.¹⁹ De nota van wijziging bij de Wtza richt zich op een uitbreiding van de reikwijdte van de meldplicht, zodat ook alle nieuwe onderaannemers beter geïnformeerd en in het zicht zijn. De nota van wijziging bij de AWtza richt zich op een uitbreiding van de doelgroep van de jaarverantwoordingsplicht, zodat meer zicht is op bestaande onderaannemers. Bij de nota van wijziging bij de AWtza wordt tevens de eerder gedane toezegging aan uw Kamer over een meldplicht voor nieuwe jeugdhulpaanbieders in de

Jeugdwet meegenomen. Streven is beide nota's van wijziging dit najaar van 2019 aan uw Kamer aan te bieden.

Wij willen in de toekomst de vergunningplicht zoals opgenomen in de Wtza verder uitbreiden en inrichten. Gezien de complexiteit en impact pakken we dit op in apart traject dat moet uitmonden in een nieuw aanvullend wetsvoorstel dat voortbouwt op de Wtza. Momenteel onderzoeken wij welke inhoudelijke eisen kunnen worden toegevoegd aan de vergunningplicht om daarmee de vergunningplicht te kunnen uitbreiden met een stevige toets aan de voorkant en indien mogelijk periodieke toetsing als de vergunning eenmaal verkregen is. Bij deze verdere uitbreiding en inrichting is van belang een goede balans te vinden tussen regeldruk en uitvoeringslasten en de effectiviteit van de vergunningsplicht. Wij streven ernaar uw Kamer rond de jaarwisseling 2019/2020 verder te informeren over de hoofdlijnen en het verdere proces van een nieuw aanvullend wetsvoorstel.

¹⁹ Kamerstukken II, 2018/19, 23 235, nr. 179.

3.3 VERBETERING TOEZICHT EN OPSPORING WET MARKTORDENING GEZONDHEIDSZORG

Het wetsvoorstel Verbetering Toezicht en Opsporing Wet marktordening en gezondheidszorg (VTO Wmg) regelde extra handhavingsbevoegdheden voor de NZa, bijvoorbeeld ten aanzien van spooknota's. Ook werd de situatie van materiële controles bij gecontracteerde en ongecontracteerde zorg beoogd gelijk te trekken, waardoor zorgverzekeraars ook zonder tussenkomst van de patiënt materiële controles zouden mogen uitvoeren bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders zonder betaalovereenkomst. Bij de behandeling van dit wetsvoorstel heeft de minister voor Medische Zorg en Sport aangegeven dat hij zich nader wil beraden op een aantal punten en deze ook wettelijk wil verankeren. Het wetsvoorstel is ingetrokken waarbij tegelijkertijd een nieuw voorstel is aangekondigd. De vier punten waar de minister zich op heeft beraad zijn de wettelijke borging van de onafhankelijke positie van de medisch adviseur, de inzage in het medisch dossier door de medisch adviseur, het zo vroeg mogelijk informeren van de verzekerde over inzage in het dossier en het wettelijk vastleggen waar de informatie aan de verzekerde ten minste uit moet bestaan. De Eerste en Tweede Kamer zijn daarover bij de brief van 2 juli 2019 nader geïnformeerd over de gevolgen van het intrekken van het wetsvoorstel VTO Wmg.²⁰

ZN heeft naar aanleiding van dit wetsvoorstel in de nieuwe gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars opgenomen dat de medisch adviseur ontslagbescherming heeft (vergelijkbaar met de Functionaris Gegevensbescherming). Hiermee wordt nogmaals de onafhankelijkheid van de medisch adviseur benadrukt. Verder zal ZN met betrokken stakeholders overleggen om te bepalen op welke wijze de communicatie aan verzekerden verder kan worden verbeterd zodat zij beter op de hoogte zijn van hoe zorgverzekeraars vanuit hun wettelijke taken omgaan met het gebruik van persoonsgegevens.

3.4 VERBETERING INFORMATIEVOORZIENING ZORGAANBIEDER BIJ SAMENLOOP WLZ EN ZVW

We bereiden een wetswijziging voor die tot doel heeft zorgaanbieders inzicht te bieden in Wlz-informatie, indien en voor zover dat noodzakelijk is met het oog op het juist indienen van declaraties. Met deze wetswijziging willen we voorkomen dat onterecht zorg dat ten laste van de Wlz gedeclareerd moet worden, bij de zorgverzekeraar onder de Zvw gedeclareerd wordt. De beoogde datum van indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer is voor het zomerreces van 2020.

²⁰ Kamerstukken II, 2018/19, 33980 nr. M

4 MONITORING EN EFFECTMETING



Monitoring en effectmeting

Een eenduidige registratie van onrechtmatigheden door ketenpartners ontbreekt momenteel in de zorgsector. Partijen werken vanuit hun eigen rol en taken in de keten onder andere met verschillende definities. Het eenduidige registreren van fraudesignalen ligt in de eerste plaats bij het veld. Het IKZ kan – met haar kennis en expertise – helpen om tot eenduidige registratie te komen en fraudesignalen te verrijken met informatie waar instanties zelf niet mee verder kunnen. In 2019 is het VerzamelPunt ZorgFraude (VPZF) van het IKZ zodanig aangepast dat er meer informatie omtrent signalen en casuïstiek met betrekking tot zorgfraude geregistreerd kan worden. In de loop van 2020 verwachten we de eerste rapportage waarin inzicht wordt verschaft in de opvolging van de ingebrachte signalen bij het IKZ en de aanpak in de keten.

Wij gaan ook – samen met de TIZ-partijen – verder met het aanvullen van de onderstaande indicatoren om daarmee niet alleen een beter beeld te krijgen van de omvang van fouten en fraude in de Nederlandse gezondheidszorg, maar ook om beter te kunnen monitoren en, indien nodig, bijsturen op maatregelen en/of in beleid en wetgeving.

Met betrekking tot het duiden van onrechtmatigheden, blijft het grootste probleem dat niet bekend is wat we niet weten. Dat betekent niet dat wat we niet zien, niet bestaat. We zijn ons ervan bewust dat ook meer met zorggeld wordt gefraudeerd dan gemeld wordt. Hoeveel geld daarmee concreet gemoeid gaat blijft onduidelijk. Hier willen we iets aan doen. Op dit moment beraden we ons over hoe wij tot meer en betere inzichten komen over de aard en omvang van zorgfraude in Nederland. We willen in

het programma Rechtmatige Zorg 2018-2021 meer de focus leggen op wat we wél weten. Van daaruit willen we een beter beeld krijgen van de omvang van fouten en fraude. We beschikken nu over cijfers over 2017 en 2018.²¹ Hiermee kan weliswaar worden geduid of sprake is van een daling respectievelijk stijging van een indicator. Om uitspraken te (kunnen) doen over ontwikkelingen en deze in een breder perspectief te (kunnen) plaatsen, is het essentieel om over cijfers te beschikken over een langere periode. In de appendix is daar waar mogelijk het verschil tussen 2017 en 2018 beknopt geduid. In de volgende voortgangsrapportage – als ook de cijfers over 2019 beschikbaar zijn – kunnen verschillen beter geduid worden. Hier zullen wij dan ook nader op ingaan.

²¹ Cijfers hebben betrekking op de periode 01-01-2017 tot 01-01-2019. Cijfers over 2019 zijn bij een groot deel van de indicatoren bij het opleveren van deze voortgangsrapportage niet bekend in verband met de afsluiting van het kalenderjaar. Waar dat wel mogelijk is, zijn deze cijfers in de appendix onder 'uitkomst' weergegeven.

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018
1	Aantal fraudetoetsen voorgenomen regelgeving.	24 fraudetoetsen	50 fraudetoetsen
2	Aantal (potentieel) nieuwe zorgaanbieders dat voldoet aan WTZa-meldplicht	10.705	11.345
3	Percentage nieuwe zorgaanbieders dat bij 1 ^e IGJ-bezoek voldoet aan randvoorwaarden goede zorg	5%	11%
4	Aantal geweigerde/ingetrokken WTZa-vergunningen	Aantal afgewezen aanvragen voor een toelating: 172 Aantal toelatingen ingetrokken: 201 Dit betreft hoofdzakelijk intrekkingen op eigen verzoek. Een kwart van de intrekkingen betreft ZZP'ers waarop de WTZi-toelating zich niet richt.	Aantal afgewezen aanvragen voor een toelating: 110 Aantal toelatingen ingetrokken: 493
5	Aantal uitgereikte accreditaties NVZD	78 accreditaties	93 accreditaties
6	Aantal raden van toezicht dat heeft deelgenomen aan programma Goed Toezicht van de NVTZ	430 Raden van toezicht	646 Raden van toezicht
7	Aantal signalen en meldingen over (vermoedens van) onrechtmatigheid bij de NZa, het CIZ en het IKZ (van verzekerden)	NZa-signalen: 396 CIZ: 149 IKZ-signalen: 675	NZa-signalen: 316 CIZ: 175 IKZ-signalen: 558
8	Aantal binnengekomen meldingen bij het Fraudemeldpunt van het CIZ	435 meldingen	466 meldingen
9	Omvang afgewezen declaraties (vooraf) door zorgverzekeraars ²²	€ 3,6 miljard	-

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018
10	Omvang teruggevorderde declaraties (achteraf) door zorgverzekeraars	€ 372 miljoen	€ 255 miljoen
11	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars/-kantoren	1.146 fraudeonderzoeken	1.018 fraudeonderzoeken
12	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin fraude is vastgesteld	311 fraudeonderzoeken	310 fraudeonderzoeken
13	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'fraudevermoeden' is vastgesteld in 2018	182 fraudeonderzoeken	150 fraudeonderzoeken
14	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'administratieve fout zorgaanbieder' is vastgesteld in 2018	96 fraudeonderzoeken	115 fraudeonderzoeken
15	Totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken door ISZW en OM	Vanuit de Stuur en Weegploeg-zorg in onderzoek genomen door opsporing: 16 Afgeronde opsporingsonderzoeken: 12 Afgeronde ontnemingsonderzoeken: 2	Vanuit de Stuur en Weegploeg-zorg in onderzoek genomen door opsporing: 6 Afgeronde opsporingsonderzoeken: 8 Afgeronde ontnemingsonderzoeken: 7
16	Aantal gerealiseerde onderzoeken handhavingsarrangement ISZW per zorgdomein	N.v.t.	15 Zvw: 7 Wlz: 4 Wmo/Jw: 2 Overig: 2

²² Vanaf 2018 worden de afgewezen declaraties bij controle vooraf over 2018 en komende jaren niet meer uitgevraagd door zorgverzekeraars.

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018
17	Financieringsbron waar deze handhavingsarrangementzaken betrekking op hebben (pgb/ZIN)	N.v.t.	8 pgb 7 declaratiefraude ZIN
18	Aantal en soort maatregelen door zorgverzekeraars o.g.v. maatregelenrichtlijn	<ul style="list-style-type: none"> • 150x verzekering(en) van verzekerde (119x) of contract/ovk. met zorgaanbieder opgezegd (31x). • 124x natuurlijk/rechts-persoon geregistreerd in waarschuwingsregister • 65x verzoek gedaan aan ketenpartner om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren 	<ul style="list-style-type: none"> • 119x verzekering(en) van verzekerde of 38x contract/ovk. met zorgaanbieder opgezegd • 151x natuurlijk/rechts-persoon geregistreerd in waarschuwingsregister • 86x onderzoekskosten van zorgverzekeraar (deels) in rekening gebracht bij fraudeur • 94x verzoek gedaan aan ketenpartner om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren
19	Aantal tuchtrechtelijke zaken door zorgverzekeraars	2	3
20	Aantal maatregelen door de NZa	Interventies bij zorgaanbieder: 498 Interventies bij zorgverzekeraars/-kantoren: 156 Opgelegde boetes: 4 Handhaving informatieverplichtingen: 164 Last onder dwangsom o.g.v. informatieverplichtingen: 19	Interventies bij zorgaanbieders: 210 Interventies bij zorgverzekeraars/-kantoren: 143 Opgelegde boetes: 2 Handhaving informatieverplichtingen: 10 Last onder dwangsom o.g.v. informatieverplichtingen: 0

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018
21	Omvang vastgesteld wederrechtelijk verkregen voordeel door Inspectie SZW en OM	€1,1 miljoen. waarvan €0,1 miljoen. pgb	€16,1 miljoen. waarvan €3,5 miljoen. pgb
22	Aantal adviesaanvragen door gemeenten voor ondersteuning VNG KCHN	70	64
23	Vastgestelde fraude door zorgverzekeraars	€27 miljoen.	€20,5 miljoen.
24	Totaal aantal gemeenten aangesloten bij het IKZ	40	102

Zorgverzekeraars publiceren jaarlijks hun controle- en fraudecijfers. Anders dan voorgaande jaren worden de afgewezen declaraties bij controle vooraf over 2018 en komende jaren niet meer uitgevraagd. De zorgverzekeraars hebben besloten de jaarlijkse inventarisatie te herzien omdat de uitgevraagde bedragen ten aanzien van vooraf-controles niet meer passen in de huidige controle-inspanningen. Om zo goed mogelijk invulling te geven aan de huidige controle inspanningen van zorgverzekeraars is in ZN-verband besloten om alleen nog de achteraf-cijfers te inventariseren en vanaf het jaar 2020 cijfers te inventariseren waarin zichtbaar wordt wat het declaratie-gedrag is voor en na Horizontaal Toezicht (voor de sectoren GGZ en MSZ). In onderstaande tabel zijn de cijfers over de door de zorgverzekeraars ontdekte fouten en bewezen fraude over de periode 2010-2018 opgenomen.

OMVANG TERUGVORDERINGEN NA CONTROLES EN FRAUDEONDERZOEKEN ZORGVERZEKERARS

(* € 1 MLN.)	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Afgewezen bij controle vooraf	2.300	2.100	2.600	2.300	2.000	2.400	2.700	3.600	-
Controle achteraf	106	167	198	329	449	485	367	372	255
Fraude-onderzoek				27	53	20	24,8	31,3	33,7
Vastgestelde fraude	6,2	7,7	6	9,3	18,7	11,1	18,9	27	20,5

Bron: Zorgverzekeraars Nederland

Appendix

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN
1	Aantal fraudetoetsen voorgenomen regelgeving	24	50	Bron: VWS
2	Aantal (potentieel) nieuwe zorgaanbieders dat voldoet aan WTZa-meldplicht	In 2017 zijn 16.174 potentieel nieuwe zorgaanbieders, die zich onder de noemer 'Gezondheids- en welzijnszorg' in het handelsregister hebben ingeschreven, aangeschreven om zich te melden. 10.705 daarvan hebben zich uiteindelijk gemeld en de vragenlijst ingevuld. Daarmee voldoen ze aan de nu nog vrijwillige meldplicht.	In 2018 waren dit respectievelijk 18.885 en 11.345 potentieel nieuwe zorgaanbieders.	Bron: CIBG Het wetsvoorstel Wtza ligt ter behandeling bij de Tweede Kamer. Er is dus nu nog geen Wtza-meldplicht. Wel worden sinds 2016 potentieel nieuwe zorgaanbieders in het handelsregister aangeschreven om zich te melden op de website www.nieuwezorgaanbieders.nl en een vragenlijst in te vullen.
3	Percentage nieuwe zorgaanbieders dat bij 1 ^e IGJ-bezoek voldoet aan randvoorwaarden goede zorg	5%	11%	Bron: IGJ Bij de hertoets zes weken na de vereiste verbetermaatregelen voldeed 55% (2017: 74%) van de bezochte nieuwe instellingen aan alle voorwaarden voor goede zorg.

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN
4	Aantal geweigerde / ingetrokken WTZa-vergunningen	Aantal afgewezen aanvragen voor een toelating: 172 . Aantal toelatingen ingetrokken: 201 Dit betreft hoofdzakelijk intrekkingen op eigen verzoek. Een kwart van de intrekkingen betreft ZZP'ers waarop de WTzi-toelating zich niet richt	Aantal afgewezen aanvragen voor een toelating: 110 . Aantal toelatingen ingetrokken: 493 .	Bron: CIBG Het wetsvoorstel Wtza ligt ter behandeling bij de Tweede Kamer. Er is dus nu nog geen Wtza-vergunning. Wel bestaat nu de WTzi-toelating. Het CIBG heeft 694 keer een voornemen tot afwijzen van een aanvraag gestuurd. Daarvan zijn er 110 uiteindelijk afgewezen. De rest is alsnog toegelaten na zienswijze (meestal na wijzigen statuten) of de aanvraag is ingetrokken.
5	Aantal uitgereikte accreditaties NVZD	78 accreditaties	93 accreditaties	Bron: NVZD In 2019 zijn tot nu toe 41 accreditaties plus 9 heraccreditaties uitgereikt. Waardoor het totaal uitkomt op 310 bestuurders die in het accreditatieregister opgenomen zijn.
6	Aantal raden van toezicht dat heeft deelgenomen aan programma Goed Toezicht van de NVTZ	430	646	Bron: NVTZ De NVTZ is in 2017 gestart met haar professionaliseringsprogramma goed toezicht. Met behulp van een ondersteunend kwaliteit verantwoordingsinstrument kunnen raden van toezicht laten zien hoe ze omgaan met hun professionalisering. Bij de NVTZ aangesloten raden van toezicht hebben tot 2020 om aan de drie uitgangspunten van het programma te voldoen, te weten: Goed beslagen ten ijs, Evaluatie & reflectie en Transparantie. In het eerste halfjaar van 2019 zijn 603 raden van toezicht actief geweest in het programma Goed Toezicht.

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN	#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN
7	Aantal signalen en meldingen over (vermoedens van) onrechtmatigheid bij de NZa, het CIZ en het IKZ (van verzekerden)	NZa-signalen: 396 CIZ: 149 IKZ-signalen: 675 MSZ: 61 GGZ: 65 MZ: 108 Pgb: 197 WVP: 61	NZa-signalen: 316 CIZ: 175 IKZ-signalen: 558 MSZ: 31 GGZ: 67 MZ: 69 Pgb: 156 WVP: 76 waarvan 45 ZiN, 29 pgb, 1 pgb en ZiN en 2 waarbij financieringsvorm onbekend is.	Bron IKZ: Rapport Signalen Zorgfraude 2017 en 2018 (IKZ) + aanbiedingsbrief Tweede Kamer. Alle signalen over mogelijke onrechtmatigheid (fouten en fraude) bij de NZa/meldpunt worden één op één doorgestuurd naar het IKZ. Na eerste beoordeling van de signalen door IKZ krijgt NZa (de meeste daarvan) retour. Een melding van vermeende fraude of een verzoek tot een ambtshalve herindicatie vanwege een niet meer passende indicatie (herstelverzoek) bij het CIZ kan, nadat de onderzoekswaardigheid van de melding is onderzocht, leiden tot een ambtshalve onderzoek en –herindicatie. Dat kan een aanpassing of beëindiging van een indicatie betekenen. Of er daadwerkelijk sprake is van fraude wordt door niet door het CIZ vastgesteld, wel kan na onderzoek worden geconstateerd dat het indicatiebesluit niet meer past bij de zorgvraag.	8	Aantal binnengekomen meldingen bij het Fraudemeldpunt van het CIZ	435 Vorderingen: 26 Meldingen van vermeende fraude: 149 Verzoeken tot ambtshalve herindicatie door zorgkantoren: 96 van de 196 cliënten Overige meldingen (waaronder informatie-verzoeken IKZ): 164	466 Vorderingen: 29 Meldingen van vermeende fraude: 175 Verzoeken tot ambtshalve herindicatie door zorgkantoren: 62 van de 96 cliënten Overige meldingen (waaronder informatie-verzoeken IKZ): 200	Bron: CIZ Een vordering betreft het uitvragen van gegevens van een ketenpartner die een partij in onderzoek heeft. Dit kunnen gemeenten zijn, zorgkantoren of andere instanties, bijvoorbeeld ISZW. Omdat er een toename is in het aantal informatieverzoeken door het IKZ worden deze vanaf medio 2018 apart geregistreerd. In deze tabel vallen deze cijfers in de categorie 'overige meldingen'.
					9	Omvang afgewezen declaraties (vooraf) door zorgverzekeraars	€3,6 miljard.	N.v.t.	De "vooraf-gegevens" worden door de zorgverzekeraars niet meer uitgevraagd en kunnen/worden daarom ook niet langer in het persbericht controle gepubliceerd.
					10	Omvang teruggevorderde declaraties (achteraf) door zorgverzekeraars	€372 miljoen. MSZ: €264,1 mln. GGZ: €59,5 mln. WVP: -	€255 miljoen. MSZ: €160,7 mln. GGZ: €53,6 mln. WVP: €15,3 mln. Overige zorgsoorten: €25,5 mln.	Bron: ZN Cijfermatige resultaten achteraf controles 2017 en 2018 Een belangrijke verklaring voor de daling van de controleresultaten van 2018 ten opzichte van 2017 is dat er sinds 2016 tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders intensief wordt samengewerkt om te komen tot goede declaraties, daarnaast gaan de sectoren GGZ en MSZ over op horizontaal toezicht (www.horizontaaltoezichtzorg.nl).

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN	#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN
11	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars/-kantoren afgerond	1.146	1.018	<p>Bron: ZN-rapportage resultaten fraudebeheersing 2017 en 2018</p> <p>Bij het afsluiten van een onderzoek zijn zes onderzoeksuitkomsten mogelijk:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fraude bewezen; - Fraudevermoeden, maar niet kunnen bewijzen - Administratieve fout van de zorgaanbieder (geen fraude) - Geen fraude (een andere onjuistheid dan een administratieve fout, bijvoorbeeld gedeclareerd buiten de voorwaarden) - Administratieve fout van de verzekerde - Administratieve fout van de zorgverzekeraar 	13	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'fraudevermoeden' is vastgesteld in 2018	182 (€2.767.804)	150 (€7.800.474)	<p>Bron: ZN-rapportage resultaten fraudebeheersing 2017 en 2018</p> <p>Waarvan aantal dossiers per sector:</p> <p>MSZ: 36 GGZ: 12 WVP: 23 MZ: 17 Pgb-Wlz/AWBZ: 23</p> <p>Waarvan aantal dossiers per sector (en bedrag): MSZ: 38 (€5,3 mln.) GGZ: 10 (€714.417) WVP: 20 (€1,1 mln.) MZ: 22 (€117.086) Pgb-Wlz/AWBZ: 15 (€456.806)</p>
12	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin fraude is vastgesteld	311 (€27.023.174) MSZ: 61 GGZ: 12 WVP: 40 MZ: 28 Pgb: 41	310 (€20.461.550) Waarvan aantal dossiers per sector (en bedrag): MSZ: 73 (€1,6 mln.) GGZ: 16 (€5,3 mln.) WVP: 47 (€5,1 mln.) MZ: 21 (€141.117) Pgb-Wlz/AWBZ: 37 (€6,1 mln.)	<p>Bron: ZN-rapportage resultaten fraudebeheersing 2017 en 2018</p> <p>In 30% van de in 2018 afgeronde fraudeonderzoeken werd fraude vastgesteld (310 keer). In 15% van de gevallen kon fraude niet worden aangetoond door de zorgverzekeraar, maar bleef het vermoeden van fraude na onderzoek wel bestaan (150 keer). In 11% van de fraudeonderzoeken was sprake van een administratieve fout van de zorgaanbieder (115 keer). In 1% van de 1018 onderzoeken was sprake van een administratieve fout van de verzekerde (6 keer) respectievelijk van een administratieve fout van de zorgverzekeraar (6 keer). In 42% van de gevallen (431 keer) werd het onderzoek gesloten met het onderzoeksresultaat 'geen fraude'.</p>	14	Totaal aantal fraudeonderzoeken door zorgverzekeraars waarin een 'administratieve fout zorgaanbieder' is vastgesteld in 2018	96 fraudeonderzoeken (€522.610)	115 fraudeonderzoeken (€4.216.900)	<p>Bron: ZN-rapportage resultaten fraudebeheersing 2017 en 2018</p> <p>Waarvan aantal dossiers per sector (en bedrag): MSZ: 14 GGZ: 14 WVP: 4 MZ: 6 Pgb-Wlz/AWBZ: 1</p> <p>Waarvan aantal dossiers per sector (en bedrag): MSZ: 12 (€2,1 mln.) GGZ: 4 (€601.608) WVP: 13 (€499.198) MZ: 12 (€138.670) Pgb-Wlz/AWBZ: 3 (€276.147)</p>

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN	#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN
15	Totaal aantal strafrechtelijke onderzoeken door ISZW en OM	Vanuit de Stuur en Weegploeg-zorg in onderzoek genomen door opsporing: 16 Afgeronde opsporings-onderzoeken: 12 Afgeronde ontnemings-onderzoeken: 2	Vanuit de Stuur en Weegploeg-zorg in onderzoek genomen door opsporing: 6 Afgeronde opsporings-onderzoeken: 8 Afgeronde ontnemings-onderzoeken: 7	Bron: Factsheet 2017 en 2018 ISZW In 2018 is er sprake van een derde minder opsporingsonderzoeken ten opzichte van 2017, de ontnemingsonderzoeken zijn in 2018 echter meer dan verdrievoudigd ten opzichte van 2017. Ook is het vastgesteld wederrechtelijk verkregen voordeel in 2018 flink gestegen ten opzichte van 2017. Bij de ISZW staat het te behalen effect altijd voorop in de bestrijding van criminaliteit. Het afpakken van crimineel vermogen is een zeer belangrijk effect en hiervoor is altijd speciale aandacht. Dat heeft geresulteerd in veel ontnemingsonderzoeken in 2018. Deze ontnemingsonderzoeken kosten capaciteit en daardoor is een aantal opsporingsonderzoeken gedaald. Bovendien kunnen strafrechtelijke onderzoeken ook verschillen qua aard en omvang.	18	Aantal en soort maatregelen door zorgverzekeraars op grond van maatregelenrichtlijn	- 150x verzekering(en) van verzekerde (119x) of contract/ovk. met zorgaanbieder opgezegd (31x) - 124x natuurlijk/rechtspersoon geregistreerd in waarschuwingsregister - 65x verzoek gedaan aan ketenpartner om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren	- 119x verzekering(en) van verzekerde of 38x contract/ovk. met zorgaanbieder opgezegd - 151x natuurlijk/rechts-persoon geregistreerd in het Extern Verwijzingsregister (EVR) - 86x onderzoekskosten van zorgverzekeraar (deels) in rekening gebracht bij fraudeur - 94x verzoek gedaan aan ketenpartner om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren	Bron: ZN-rapportage resultaten fraudebeheersing 2017 en 2018 De maatregel terugvorderen van de onderzoekskosten is in 2017 door zorgverzekeraars ingevoerd, waardoor tot op heden alleen cijfers over 2018 bekend zijn.
16	Aantal gerealiseerde onderzoeken hand-havingsarrangement ISZW per zorgdomein	N.v.t.	15 Waarvan: Zvw: 7 Wlz: 4 Wmo/Jw: 2 Overig 2	Bron: ISZW Jaarverantwoording 2018	19	Aantal civiel- en tuchtrechtelijke zaken door zorgverzekeraars	2	3	Bron: ZN
17	Financieringsbron waar deze zaken betrekking op hebben (Pgb/ZIN)	N.v.t.	8 pgb 7 declaratiefraude	Bron: ISZW Jaarverantwoording 2018					

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN
20	Aantal maatregelen door de NZa	Interventies bij zorgaanbieder: 498 Interventies bij zorgverzekeraars/-kantoren: 156 Opgelegde boetes: 4 Handhaving informatieverplichtingen: 164 Last onder dwangsom o.g.v. informatieverplichtingen: 19	Interventies bij zorgaanbieder: 210 Interventies bij zorgverzekeraars/-kantoren: 143 Opgelegde boetes: 2 Handhaving informatieverplichtingen: 10 Last onder dwangsom o.g.v. informatieverplichtingen: 0	Bron: NZa Verantwoordings-document 2018 (Jaarverslag en Jaarrekening NZa 2018)
21	Omvang vastgesteld wederrechtelijk verkregen voordeel door Inspectie SZW en OM	€1,1 miljoen , waarvan €0,1 mln. pgb	€16,1 miljoen , waarvan €3,5 mln. pgb	Bron: Factsheet 2017 en 2018 ISZW Van een viertal onderzoeken is het strafrechtelijk dossier in 2017 is ingeleverd en het ontnemingsdeel pas in 2018. Het bedrag wederrechtelijk verkregen voordeel van die dossiers mag pas in 2018 worden meegeteld. Een andere verklaring voor de toename in 2018 is dat in 2018 een zeer groot ontnemingsdossier ingeleverd is. Hierover is ook een verklaring gegeven in de factsheet van 2017 en 2018 van de ISZW.

#	INDICATOREN	UITKOMST 2017	UITKOMST 2018	BRON EN OPMERKINGEN
22	Aantal adviesaanvragen door gemeenten voor ondersteuning VNG KCHN	70	64 De adviesaanvragen betreffen allemaal een pgb (één daarvan heeft een samenloop met zorg in natura). Twee casussen hebben betrekking op enkel de Jeugdwet, twee op enkel Wmo 2015 en vier zijn samenloop met Wmo e/o Jeugdwet met Wlz.	Bron: VNG KCHN Adviesaanvragen hebben betrekking op mogelijke rechtmatigheidsvraagstukken.
23	Vastgestelde fraude door zorgverzekeraars	€27 miljoen. MSZ: €0,5 mln. GGZ: €3,8 mln. WVP: ruim €2,2 mln. MZ: €0,5 mln. Pgb: €6,1 mln.	€20,5 miljoen. MSZ: €1,6 mln. GGZ: €5,3 mln. WVP: €5,1 mln. MZ: €141.117 Pgb-Wlz/AWBZ: €6 mln.	Bron: ZN-rapportage resultaten fraudebeheersing 2017 en 2018
24	Totaal aantal gemeenten aangesloten bij het IKZ	40	102	Bron: VNG KCHN Tot en met 3 ^e kwartaal 2019 zijn 140 gemeenten aangesloten op IKZ