

Minister Bruin gebruikt brief ZN als vijgenblad in Eerste Kamer bij behandeling zorgfraudewetsontwerp



Laatste nieuws 12 mei 2019. Info uit Eerste Kamer: minister Bruins trekt wetsontwerp 33980 terug!

Zeer verbazingwekkend is de manier waarop minister Bruins van VWS de leden van de Eerste Kamer(EK) antwoord op kritische vragen. Die vragen betreffen de laatste fase van voorbespreking van het beruchte wetsontwerp 33980, nu wetsontwerp VTOWMG(VerbeterenToezicht Opsporing Wet marktordening Gezondheidszorg) genoemd . De minister kreeg in de laatste fase van behandeling door de EK te horen dat de fracties erg ongelukkig waren met de inhoud en de uitleg van de minister. De minister kreeg als huiswerk vijf nieuwe vragen en de opdracht twee toezeggingen na te komen. Het gaat om de toezeggingen T02675 (Beraad wetsvoorstel) en T02676 (Dossiercontrole). Bruins heeft er niet voor gekozen die vragen zelf te beantwoorden maar komt met een brief van Zorgverzekeraars Nederland(ZN). Daarvan zet hij de inhoud in zijn antwoord aan de EK. Heel fijntjes laat de vaste commissie voor VWS van de EK nu weten wel die brief ontvangen te hebben, maar niet de invulling van de toezeggingen die de minister deed. De inhoud van de brief van ZN is op zijn zachtst gezegd geen reëel antwoord op wat de EK wil horen en bevat toezeggingen waarvan maar afgewacht moet worden of die nagekomen worden.

33980

Het wetsontwerp kent een zeer bewogen voorgeschiedenis en dateert al van juni 2014. De behandeling in de EK sleept zich voort vanaf de tweede helft van 2016. In het kader van fraudebestrijding faciliteert 33980 de zogenaamde materiële controle door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar. De problemen die de EK signaleerde gingen over de proportionaliteit van het wetsontwerp, de doorbreking van het medisch beroepsgeheim, het informeren voor/ achteraf van de patiënt.

Medisch beroepsgeheim

Zeer veel aandacht besteedden alle fracties aan de doorbreking van het medisch beroepsgeheim. Dat gebeurt als bij de materiele controle in het kader van fraudebestrijding de medisch adviseur van de zorgverzekeraar zonder het vragen van toestemming vooraf aan de patiënt medische dossiers inziet. De VVD-fractie vroeg zich hardop af waarom de minister in het licht van de proportionaliteitseis het advies van de Raad van State niet volgde. Dat advies houdt in dat de verwerking van gezondheidsgegevens in die zin beperkt wordt dat uitsluitend de conclusie van de medisch adviseur aan de zorgverzekering wordt verstrekt.

Behandeling stakt

De toenmalige minister, Edith Schippers, zag er voor de verkiezingen in maart 2017 geen brood in om de EK te beantwoorden. 33980 kwam op de plank te liggen tot de huidige bewindsman Hugo de Jonge in 2018 de zaak weer afstofte en minister Bruins er weer mee naar de EK stuurde. De hervatte behandeling leverde zoals in de aanhef gezegd weer veel vragen op, met name over de schending van het beroepsgeheim door inzage van dossiers door de medisch adviseur van de zorgverzekeraar, in het geval van een verdenking op

zorgfraude. De EK vroeg met name om een wettelijk borging van de onafhankelijke positie van de medisch adviseur en vroeg om het voor- dan wel achteraf inlichten van de patiënt.

Beraad minister

In eerste termijn (behandeling EK) heeft Bruins aangegeven zich te willen beraden op enkele onderdelen, te weten de wettelijke borging van: –de onafhankelijke positie van de medisch adviseur; –de inzage in het medisch dossier door de medisch adviseur zelf; –het zo vroeg mogelijk informeren van de verzekerde over inzage in het dossier; en –het vastleggen van waaruit de informatie aan de verzekerde ten minste uit moet bestaan.

Copy/Paste

De minister komt nu in een finale beantwoording van de EK-vragen niet met een eigen exercitie maar zeer armoedig met het standpunt van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Hij vroeg die om advies na de EK-vragen. In feite is zijn beantwoording aan de EK gewoon een copy-paste-actie. Wat hem zeer kwalijk te nemen is dat hij niet komt met een wettelijke borging van de positie van de medische adviseur, wat hem expliciet gevraagd is.. Uiteindelijk komt hij met het ZN-verhaal dat de medische adviseur dezelfde ontslagbescherming moet krijgen als een functionaris gegevensbescherming. Ook voor de andere punten komt hij niet met een wettelijke borging.

Boterzachte garanties

De minister stelt dat als de wet van kracht zou worden, hij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zal vragen of de maatregelen nageleefd worden. Wanneer die maatregelen onvoldoende nageleefd zouden worden, wil hij in deze kabinetsperiode nog overgaan tot het wettelijk verplichtend worden van de maatregelen. Dit is het paard achter de wagen spannen. De EK-leden vragen een goede wettelijke regeling. Niet een soort

zelfregulering, die via een stroperig mechanisme via NZa en Staten Generaal moet gaan plaatsvinden.

Gedragscode: een gotspe

In de brief van ZN refereert die organisatie aan de gedragscode (Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars) waar men zich aan zegt te houden en die momenteel herzien wordt. Men kennis van zaken rond die gedragscode kan ik alleen maar zeggen dat zulks een gotspe is. Die gedragscode dateert al van voor 2011. In dat jaar stuurde ZN de vernieuwde gedragscode naar het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP), de rechtsvoorganger van de Autoriteit Persoonsgegevens. Die keurde die goed. De goedkeuring werd in 2012 aangevochten bij de rechtbank Amsterdam door de Stichting KDVP. Die stelde dat de vernieuwde gedragscode o.a. strijdig was met artikel 8 van het Europees Verdrag voor de rechten van de Mens (EVRM) en dat het CBP in redelijkheid niet tot goedkeuring had mogen komen. Eind 2013, na het nodige gedraal, trok het CBP de goedkeuring in. ZN heeft daarna nimmer opnieuw een herziening van de gedragscode neergelegd.

Nog een rechtszaak

Over de gedragscode die dus niet herzien is, sleept zich nog een andere rechtszaak voort. Dat is de zaak UTR 16/3326 WBP V97 van de burgerrechtenvereniging Vrijbit. Die gaat om het afgewezen verzoek van Vrijbit op 3 mei 2015 aan AP (toen nog CBP) om een eind te maken aan de onrechtmatige verzameling en verwerking van medische gegevens door de Zorgverzekeraars op basis van de oude gedragscode. Die zaak is door de AP eindeloos gerekt en kent mogelijk in de loop van deze of volgende maand een uitspraak.

Vijgenblad

Het moge uit het voorgaande duidelijk zijn dat waar minister Bruins nu mee komt geen eigenstandige afweging of

beleidswijziging betekent. Hij besteedde het uit aan Zorgverzekeraars Nederland en vult de brief aan de Eerste kamer met de copy-past-methodiek. Een dergelijke manier van beantwoording van de Eerste Kamer is een absoluut zwaktebod. Ik kan het niets anders zien als een vijgenblad waarmee de minister het vege lijf poogt te redden in deze kwestie.

W.J. Jongejan, 13 mei 2019

Forse boete AP voor MENZIS i.v.m. onvoldoende toezicht op inzage medische dossiers



Waar iedereen eigenlijk aldoor bang voor was, blijkt echt gebeurd te zijn. Een zorgverzekeraar geeft personen binnen de organisatie die niet bevoegd zijn inzage in medische dossiers. In het zojuist verschenen jaarverslag over 2018 van de zorgverzekeraar Menzis is te lezen dat men in dat jaar een boete van 50.000 euro van de Autoriteit Persoonsgegevens(AP) kreeg. Het ging om de constatering in 2017 door de AP dat er binnen Menzis onvoldoende toezicht was op wie toegang had tot medische persoonsgegevens EN het onvoldoende snel doorvoeren van verbeteringen op advies van de toezichthouder. Het bericht

over de boete staat enigszins weggemoffeld in het jaarverslag 2018 en is niet op de website rechtstreeks zichtbaar. Daarnaast lijkt de Autoriteit Persoonsgegevens Menzis ook publicitair te sparen

Weggemoffeld

De passage waarin de boete vermeld staat is in het hoofdstuk 2 van het jaarverslag onder de kop "Beleid en resultaten". Wat staat er precies?

"Naar aanleiding van een onderzoek bij Menzis eind 2017 , constateerde toezichthouder AP dat Menzis onvoldoende toezag op wie er binnen onze organisatie toegang had tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid. Gebleken is dat enkele medewerkers onnodig toegang hadden tot deze gegevens. Hoewel met de toegangsmogelijkheid niet verkeerd is omgegaan en de AP tijdens het onderzoek constateerde dat er geen sprake is van verkeerd of oneigenlijk gebruik van persoonsgegevens, hebben we dit signaal zeer serieus genomen. We hebben de toegang voor deze medewerkers dan ook onmogelijk gemaakt. De AP vindt echter dat deze verbeteringen onvoldoende snel zijn doorgevoerd en heeft ons een boete opgelegd van € 50.000. Wij vinden het vanzelfsprekend dat alleen bevoegde personen toegang hebben tot gezondheidsgegevens van klanten. Onze klanten hebben er recht op dat wij onze taak als zorgverzekeraar goed uitvoeren. In haar onderzoek constateerde de AP dat bij Menzis het bewaken van de privacy op een adequate wijze in de cultuur van het bedrijf is geborgd. Wij betreuren dan ook de oplegging van de boete. Het is voor ons een belangrijk signaal dat wij nog alerter moeten zijn rondom privacy. We zullen ons hier de komende jaren op blijven richten in nauwe samenwerking met toezichthouders zoals de AP, DNB(De Nederlandse Bank) en NZa(Nederlandse Zorgautoriteit). Tevens zullen wij naar onze klanten met regelmaat communiceren over de maatregelen die wij nemen om de privacy te blijven borgen"

Schandelijk

De wijze waarop Menzis met dit probleem omgaat is ronduit schandelijk te noemen. Men krijgt een bezoek van de privacy-toezichthouder. Die constateert twee flinke problemen en men reageert er traag op. Na de boete wordt er opeens wel onmiddellijk een einde gemaakt aan inzage door niet daartoe bevoegde personen.

Op haar website meldt Menzis op 7 maart 2018 dat ze met de AP in gesprek is in verband met een bezoek van de AP. Men spreekt in algemene bewoordingen over het beleid welke medewerkers tot persoonsgegevens krijgen zonder te melden dat het om medische persoonsgegevens gaat. Ook niet dat het in de ogen van de AP om onbevoegde inzage ging. Ook de logging van de inzage zou verbeterd moeten worden. Blijkbaar was die onder de maat. Tot eind 2018 zou Menzis naar eigen zeggen in de gelegenheid gesteld zijn deze onderdelen verder te verbeteren. Met geen woord wordt gerept over inzage door onbevoegde personen.

Bevoegd/onbevoegd

Er blijkt uit de besluitvorming van de AP dat er blijkbaar sprake is van een verschil van mening tussen de AP en Menzis over wie bevoegd is tot inzage. Menzis zegt in het jaarverslag dat ze vanzelfsprekend alleen bevoegde personen inzage geeft. Toch geeft de AP een aanzienlijke boete vanwege het niet goed regelen van de inzage van medische dossiers.

Menzis spreekt over een uitstekende verhouding met de toezichthouders, waaronder de AP. Blijkbaar had men toch niet de tijd tot eind 2018, omdat de AP nog in 2018 de boete van 50.000 euro oplegt. Anders was die nooit in het jaarverslag 2018 terecht gekomen.

Politiek item

Het inzien van medische dossiers door medewerkers van

zorgverzekeraars ligt al enige tijd onder een vergrootglas. Een wetsontwerp dat in het kader van het bestrijden van zorgfraude is gemaakt door het ministerie van VWS sleept zich vanaf 2014 voort door het parlement. Het gaat om het wetsontwerp 33.980. Mede vanwege de angst dat zorgverzekeraars ontrecht inzage in medische dossier zouden krijgen werd in december 2018 de minister voor de zorg Bruno Bruins, gevraagd daar nog eens goed over na te denken. Plenaire behandeling staat u gepland voor 14 mei 2019. Het is echter de vraag of na de boete voor Menzis door de AP de Eerste Kamer niet totaal anders gaat denken over deze materie.

AP spaart Menzis publicitair

De Autoriteit Persoonsgegevens is een notoir trage reageerder en laat niet vaak haar tanden zien. Nu blijkbaar wel. Wat echter bijzonder vreemd is dat op de website van de AP geen enkel bericht over deze boete aan Menzis te vinden is. Ook met de zoekfunctie op de website is niets over deze boete te vinden. Het ziet er dan ook naar uit dat de AP Menzis publicitair behoorlijk spaart ondanks het opleggen van de boete.

Vertrouwen weg

Door wat er gebeurd is bij Menzis moeten we dus stellen dat we een zorgverzekeraar niet klakkeloos kunnen vertrouwen als het gaat om berichtgeving dat alleen maar bevoegde personen inzage hebben in medische dossiers. Het stoort mij ook dat Menzis nog van alles in haar bericht in het jaarverslag probeert af te dingen op het oordeel van de AP. We weten dit nu van Menzis maar het is de vraag of het bij de andere zorgverzekeraars beter gesteld is.

Wat door critici lang gevreesd is, blijkt helaas waarheid.

W.J. Jongejan, 4 april 2019

Eerste Kamer debatteert over wetsontwerp dat eerder(2016) veel stof opwierp



Vandaag, 17 december 2018, debatteert de Eerste Kamer plenair over het wetsontwerp 33980. Het wetsontwerp heet voluit Wijziging van de Wet marktordening gezondheidszorg en enkele andere wetten in verband met het verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving. Het is een wetsontwerp dat in 2016 zeer veel stof deed opwaaien, maar nu eigenlijk zonder veel ophef in de media besproken gaat worden. De reden dat het er destijds veel aandacht voor was is gelegen in het feit dat er weer een stap gezet werd in het verder aantasten van het medisch beroepsgeheim. Eind 2016 hadden de leden van de Eerste Kamer over dit wetsontwerp veel vragen gesteld aan de toenmalige minister van VWS, Edith Schippers. Die had met de Tweede Kamer-verkiezingen in het vooruitzicht geen trek in een heleboel gedoe in de Eerste Kamer en stuurde dus een uitstelbrief over de van haar verwachte Memorie van Antwoord. Het bleef heel lang, ruim anderhalf jaar, doodstil rond dit

wetsontwerp. Toch waren er signalen dat het wetsontwerp niet dood verklaard was door het ministerie. Midden in de zomer 2018 kwam de huidige minister voor de zorg Bruno Bruins, met de Memorie van Antwoord.

Niet-gecontracteerde zorg en medisch beroepsgeheim

De kern van wetsontwerp 33980 is dat VWS ook voor niet-gecontracteerde zorg wil dat een inzagerecht van zorgverzekeraars, middels hun medisch adviseur, gaat gelden. Ik schreef er in 2016 al over. Een inzagerecht krijgt men dan van medische gegevens zonder toestemming vooraf van de patiënt. Hoewel het wetsontwerp het tegengaan van zorgfraude als doel lijkt te hebben is het tevens een instrument om niet gecontracteerde zorg te willen inperken. Dat was destijds Edith Schippers al een doorn in het oog, maar de huidige bewindslieden op VWS zitten op hetzelfde pad. En dat terwijl het niet-gecontracteerd zijn juist een signaal is over het slechte klimaat waarin zorgverzekeraars zorgaanbieders contracten aanbieden. De in het wetsontwerp gpresenteerde wijze om zorgverzekeraars inzage te geven is een verdere aantasting van het medisch beroepsgeheim.

Geen ODA

Hoewel er al een mogelijkheid is om de het aantasten van het medisch beroepsgeheim in dezen te omzeilen door het inschakelen van een Onafhankelijk Deskundig Arts (ODA) wil minister Bruins daar niet aan. De constructie van de ODA is opgezet in 2016 door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst(KNMG) in samenwerking met meerdere stakeholders in de zorg, maar nimmer gebruikt. Minister Bruins vindt het toepassen van de ODA een disproportioneel middel. Hij vindt 2500 inzagen van dossiers niet genoeg om het gebruik van een ODA te rechtvaardigen. Dat is te lezen op pagina 2 van de in oktober 2018 verschenen Nadere Memorie van Antwoord. Mijns inziens is 2500 toch wel een substantieel aantal waarbij je je af moet vragen of het

niet anders moet.

Verbazingwekkend

Het is ronduit zeer verbazingwekkend dat een wetsontwerp dat in de media in 2016 veel stof deed opwaaien nu vrijwel geruisloos in de Eerste Kamer plenair behandeld gaat worden. Er is zelfs in 2016 een petitie op gang gebracht om de Eerste Kamer te bewegen tegen dit wetsontwerp te stemmen.

Het is des te vreemder als je beseft dat het ministerie van VWS nog veel verder wil gaan. Met een consultatieronde presenteerde VWS deze zomer het wetsontwerp Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg. Daarin komt het ministerie met de meest grove vorm van aantasting van het medisch beroepsgeheim. Men wil dat allerlei diensten en overheidsinstellingen medische gegevens van patiënten onderling gaan uitwisselen en ook gaan melden aan een Informatie Knooppunt Zorg. Met de cijfers van Zorgverzekeraars Nederland in de hand kan geconstateerd worden dat 99,964 procent van de zorguitgaven niet frauduleus besteed worden. In dat licht zijn alle pogingen om zonder te kijken naar minder ingrijpende manieren om zorgfraude te bestrijden disproportioneel te noemen

Breed besef

Het is triest om te zien hoe vluchtig media-aandacht voor een omstreden wetsontwerp is. Wat in 2016 veel stof deed opwaaien trekt nu eigenlijk geen aandacht. Er zou in de medische wereld een breed besef moeten zijn dat het de overheid niet past en niet aangaat om het medisch beroepsgeheim stelselmatig uit te hollen. Een overheid dient er te zijn om de burger al die op zijn zwakst is, namelijk als patiënt, te beschermen tegen priemende ogen van derden die inzage willen in zijn of haar medische gegevens. Het is te hopen dat de senatoren net zo kritisch blijven als ze tot nu toe bij het stellen van vragen aan het ministerie geweest zijn en dat het wetsontwerp niet onderwerp is van een politiek spel.

VWS koestert vijandbeeld inzake fraude om niet gecontracteerden in te perken



Het was het afgelopen anderhalf jaar verdacht stil rond het wetsontwerp 33980. Eind 2016 raakten de gemoederen daarover nogal verhit. Maar nu vlak na het begin van het zomerreces komt de minister van VWS met een Memorie van Antwoord op ruim negentig kritische vragen van Eerste Kamerleden die deze stelden in het najaar van 2016. Met dit wetsvoorstel genaamd “Verbeteren van toezicht, opsporing, naleving en handhaving in de zorg” wil het ministerie van VWS fraude in de zorg bestrijden. Dat wil zij bereiken door ook voor een onderdeel van de zorgverzekeringen waarvoor dat nog niet mogelijk was zogenaamde materiële controles uit te kunnen doen voeren van de medische dossiers om fraude op te sporen. Het gaat daarbij om restitutiepolissen waarbij sprake is van niet-gecontracteerde zorg. De niet-gecontracteerde zorg was en is het ministerie van VWS een doorn in het oog. Het opeens weer activeren van de behandeling van het wetsontwerp 33980 op een

politiek luw moment in de vakantie is een sluwe manier om na het zomerreces het wetsontwerp door de Eerste Kamer te loodsen.

Fraude

Het begrip fraude in de zorg houdt de gemoederen al enige tijd bezig. Uiteraard is elke euro die weglekt naar fraude er één te veel, maar bij het maken van regelgeving is het altijd goed te kijken naar de absolute en relatieve omvang van de fraudesom en naar de proportionaliteit van de regelgeving die men daarop wil loslaten. Zorgverzekeraars Nederland(ZN) gaf recent in haar fraudeoverzicht geen goed beeld van de relatieve omvang van de schadelast door fraude door wel te komen met een schadebedrag van 27 miljoen euro zonder te vermelden dat het om een totaal aan uitgaven van ruim 75 miljard euro gaat. Het ministerie van VWS borduurt daar vrolijk op door in de nu gestuurde Memorie van Antwoord.

Ongecontracteerd

Niet-gecontracteerde zorg is de minister van VWS al lange tijd een doorn in het oog. In het verleden zijn daarover al meerdere rechtszaken gevoerd, onder andere over de hoogte van de vergoeding die de zorgverzekeraar moet betalen als de zorgaanbieders geen contract heeft. De minister heeft geprobeerd invloed te krijgen op deze situatie door het maken van een wijziging in artikel 13 van de Zorgverzekeringswet(Zvw). Door het inperken van de keuzevrijheid van zorgaanbieders met dit te wijzigen artikel zouden zorgverzekeraars minder last gaan krijgen van het moeten betalen van niet-gecontracteerde zorg. De Tweede Kamer stemde in met de wijziging, maar de Eerste Kamer niet na een tumultueus debat op 16 december 2014.

Reden

Het ministerie van VWS en zorgverzekeraars zijn zo gefocust op het inperken van niet-gecontracteerde zorg omdat

zorgverzekeraars deze zorg moeten vergoeden tot een niveau dat de kosten geen feitelijke hinderpaal zijn voor de verzekerde op de hulp in te roepen. Zorgverzekeraars verloren daar meerdere rechtszaken over, waarop de minister liet weten daar “not amused” over te zijn. Over het algemeen geldt daarbij een hoogte tot 70 % van het gecontracteerde tarief. De Hoge Raad deed daar op 11 juli 2014 uitspraak over.

Koesteren

Het lijkt er nog steeds op dat de minister van VWS bijzonder graag het vijandbeeld koestert dat het begrip “fraude” oproept en dit gebruikt om een grip te krijgen op de on-gecontracteerde zorg. Van zorgverzekeraarszijde wordt al enige tijd geroepen dat dit deel van de zorg buiten proportie groeit. Maar er zijn ook andere geluiden die stellen dat de on-gecontacteerde zorg eigenlijk maar een bescheiden zandbakje is. Dat geluid komt bijv. van Ivo Knotnerus, zelfstandig adviseur en management controller in de zorg.

Gunstige functie

Knotnerus geeft een drietal grote voordelen aan van het bestaan van on-gecontracteerde zorg naast de gecontracteerde zorg.

- In de medisch-specialistische zorg is het creëren van concurrentie in de chronische en planbare zorg op de langere termijn de enige manier voor de zorgverzekeraars om uit de houdgreep van de traditionele geïntegreerde ziekenhuizen te ontsnappen. Dat begint bij startende (en dus meestal on-gecontracteerde) aanbieders.
- Het is een kanarie-in-de-kolenmijn. In de positie waarin de zorgverzekeraars verkeren, bestaat het risico dat omstandigheden ontstaan waaronder zorgaanbieders hun diensten niet meer tegen aanvaardbare kosten kunnen leveren. Dan is een toename van on-gecontracteerdheid een signaal dat je wellicht iets moet met je contracteerbeleid. Een behartigenswaardig advies!

- De één procent niet-gecontracteerde zorg is een bescheiden zandbakje waarin nieuwe ideeën hun waarde kunnen bewijzen. Het garanderen van vrije toegang tot de markt behoort eigenlijk niet beargumenteerd te hoeven worden.

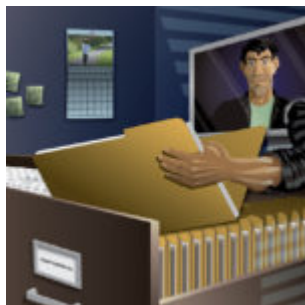
Onterecht

Het continu op fraudebestrijding hameren bij een percentueel uiterst beperkte omvang maakt duidelijk dat het ministerie van VWS geen oog heeft voor de gunstige aspecten van het hebben van on-gecontracteerde zorgaanbieders. Het versterkt het beeld van VWS en zorgverzekeraars tezamen die de on-gecontracteerde zorg met wortel en tak willen uitroeien. Overigens blijkt de perceptie dat dit deel van de zorg blijft groeien niet te kloppen. Over 2017 is de ongecontracteerde zorg niet toegenomen, wat over 2011 tot 2016 wel het geval was.

Het geeft overigens weer eens heel duidelijk aan dat de zorg bepaald geen markt is.

W.J. Jongejan, 24 juli 2018

ZN, zorgfraude en beeldvorming. Een andere kijk op dezelfde cijfers



Fraude is een hot item, zeker als het de zorg betreft. Op 20 juni 2018 publiceerde Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het jaarlijkse overzicht over zorgfraude onder de titel Rapportage controle- en fraudecijfers 2017. Daarin de boodschap dat de zorgfraude van bijna 19 miljoen euro in 2016 toegenomen was naar 27 miljoen euro. Dat ziet er dan indrukwekkend uit. Het persbericht werd dan ook klakkeloos met "copy-paste-journalistiek in diverse media woordelijk overgenomen. (NOS, Medisch Contact, Parool). Fraude is uiteraard een kwaad dat in de zorg niet thuis hoort. De vraag is echter of ZN niet bezig is met een beeldvorming, die niet evenredig is met de omvang van de door haar geschetste fraude. ZN komt met een fraudebedrag van 27 miljoen euro zonder erbij te vermelden wat het totale bedrag aan zorguitgaven is in het kader van de Zvw, Wet langdurige zorg (Wlz) en de Algemene wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te samen. Daar heeft namelijk het fraudebedrag betrekking op. Door het weten van de teller zonder de noemer te vermelden ontstaat een nogal vertekend beeld van de relatieve omvang van de fraude. Daarnaast benadrukt men helaas niet hoe vaak het wel goed gaat. Politiek gezien is die negatieve beeldvorming van groot belang omdat met de wetsontwerpen 33980 en 34445 getracht wordt zorgverzekeraars meer mogelijkheden te geven het medisch beroepsgeheim te doorbreken door het doen van meer materiële controles

Opvallend

Het rapport bestaat eigenlijk uit drie delen, hoewel dat niet zo duidelijk gemarkeerd is. In de eerste plaats besteedt men in de punten 1 t/m 6 aandacht aan de definities van fraude en

de wijze van controleren door ZN. In punt 7(deel I) legt men, toegelicht met een drietal grafieken uit wat de procentuele verdeling is van de zorgkosten per zorgsoort zijn, de afwijzing na controle vooraf per zorgsoort en de terugvordering bij controle achteraf per zorgsoort. En dat gerelateerd aan de totale omvang van de Zvw uitgaven à 45,4 miljard euro in 2017. In heel deel I komt het woord fraude niet voor. Opvallend is dat het in deel II(blz. 8 en verder) wel gaat om de procentuele verdeling van de zorgfraude, maar dan gerelateerd aan Zwv, Wlz en AWBZ tezamen zonder een totaalbedrag daarvan te noemen.

Ontbrekende cijfers

Nergens staat dus in het rapport wat de totale omvang van de zorguitgaven in het kader van de drie genoemde wetten zijn. De getallen voor de Wlz en AWBZ tezamen zijn uiteraard elders te vinden. Het gaat in 2017 om rond de 30 miljard euro. Opgeteld bij de 45,6 miljard van Zvw maakt dat 75 miljard euro. Dat klopt met gegevens uit andere bronnen(uitgeven gezondheidszorg int.definitie, CBS)

Percentage

Als we dan een fraudebedrag van 27 miljoen euro gemeld krijgen, gaat het dus om 0,036 procent van het totale bedrag van 75 miljard euro. Je kunt het ook omgekeerd aangeven, namelijk **dat 99,964 procent van de zorguitgaven niet frauduleus wordt uitgegeven**. Het fraudebedrag is niet gering maar stelt verhoudingsgewijs dus niets voor. Blijkbaar is het voor de beeldvorming rond de fraude gewenst dat het bar en boos lijkt te zijn. De overheid zet daarom fors in op zorgfraude. In het parlement ligt in de Tweede kamer een wetsontwerp 34445 en in de Eerste kamer nog steeds het wetsontwerp 33980 om ervoor te zorgen dat zorgverzekeraars met doorbreking van het medisch beroepsgeheim makkelijker materiële controles mogen doen. Dat houdt in dat men aan de hand van de medische informatie in zorgsystemen de

rechtmatigheid van zorguitgaven zou mogen controleren.

AWBZ?

Heel vreemd is trouwens ook de manier waarop de AWBZ in de rapportage betrokken wordt. Expliciet staat meermalen in de tekst en in de grafieken vermeld dat het in deel II gaat om uitgaven in het kader van de AWBZ. Het aparte is namelijk dat deze wet per 1 januari 2015 gewijzigd is en AWBZ-taken opgegaan zijn in de nieuwe Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de nieuwe Jeugdwet. Desondanks spreekt ZN in haar fraudeoverzicht van 2016 en 2017 over de uitgaven in het kader van de Zvw, Wlz en AWBZ.

Echte toename?

Bij het lezen van de totale hoogte van de fraude moet men zich wel afvragen of er hier sprake is van een echte toename of een toename door een versteviging van het controleapparaat. De nu geconstateerde toename kan heel best eerder onzichtbaar geweest zijn. Met name in de care is er sprake van een sterk verhoogd controle op PGB's, terwijl in de cure de controles zijn opgevoerd. Het is niet goed voor te stellen dat in het huidige controleklimaat binnen de zorg opeens meer gefraudeerd zou worden. Opvallend is trouwens wel dat de fraude percentsgewijs in de care veel hoger is dan in de cure. In de grafiek van de verzekeringsvorm bij vastgestelde fraudes in 2017 blijkt de Zvw(cure) 26 procent te scoren, maar de Wlz plus de AWBZ, tezamen als care, goed zijn voor 69 procent(37 plus 32).

Conclusie

Al met al lijkt het ZN vooral te doen om een beeld te schetsen van een omvangrijke fraude in de zorg met voorbijgaan aan hoe vaak het wel goed gaat. Het kan niet anders dat die beeldvorming belangrijk lijkt om het ministerie en de parlementariërs te laten zien dat er (eigenlijk te) krachtige

wetgeving nodig zou zijn voor fraudebestrijding. Bij het lezen van het rapport kan ik niet anders dan concluderen dat het huidige instrumentarium voor fraudecontrole meer dan afdoende is.

W.J. Jongejan, 26 juni 2018