

Aan
Ministerie van VWS

Van
NZa

Telefoonnummer
0900 770 70 70

E-mailadres
vragecure@nza.nl

Kenmerk
84932/118834

Onderwerp
Risico inventarisatie overheveling langdurige GGZ

Datum
28 mei 2014

1. Inleiding

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gevraagd om de frauderisico's m.b.t. de wijzigingen in de bekostigingssystematiek voor de overheveling van de langdurige op genezing gerichte geestelijke gezondheidszorg (IGGZ) van de AWBZ naar de Zvw per 01-01-2015 in kaart te brengen.

Als basis voor deze fraudetoets is een notitie van VWS¹ gebruikt, waarin een algemeen kader voor een fraudetoets is opgenomen.

2. Kader VWS voor fraudetoets

Door middel van het opstellen van een vragenlijst, heeft VWS een kader geschetst waardoor zichtbaar wordt of de frauderisico's bij wijziging van het bekostigingssysteem voldoende onder de aandacht zijn. Het gaat om de volgende vragen:

Tabel 1. Vragen uit fraudetoets VWS

1. Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke?
2. Welke fraudemogelijkheden biedt de voorliggende ontwerpregelgeving?
3. Hoe groot schat u de kans in dat de fraudemogelijkheden uit vraag 2. zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact?
4. Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van de ontwerpregelgeving controle- en handhavingsmogelijkheden? Zijn er lacunes? Zo ja, Welke?
5. Is het toezicht in de wet geborgd? Ziet u hier nog lacunes?
6. Zijn er sancties of maatregelen mogelijk in geval van geconstateerde fraude? Zijn er lacunes? Zo ja, welke?
7. Biedt de ontwerpregelgeving toegang tot noodzakelijke gegevens voor toezichthouders, opsporingsdiensten en private partijen die de ontwerpregelgeving uitvoeren? En kunnen deze gegevens worden uitgewisseld? Zijn er lacunes?
8. Heeft u zelf nog aanvullende opmerkingen?

In deze fraudetoets hanteren wij het brede fraudebegrip, dat wil zeggen dat we naast fraude ook naar administratieve vergissingen/fouten, mogelijkheden van misbruik en oneigenlijk gebruik (upcoding) kijken.

¹ Zie: *Fraudetoets VWS – Bij nieuwe wet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in de bekostiging*. Ministerie van VWS, 9 december 2013

Wij merken op dat deze fraudetoets alleen betrekking heeft op het bekostigingssysteem voor langdurige GGZ in de Zvw. Het gaat niet in op het bekostigingssysteem voor de gespecialiseerde GGZ als geheel (d.w.z. de bestaande DBC bekostiging) omdat hierbinnen in beginsel geen wijzigingen plaatsvinden. Tot slot gaan wij alleen in op de regelgeving van de NZa en niet op bijvoorbeeld de tekst van de Wlz of het besluit Zorgverzekering. Waar relevant zullen wij nader ingaan op de gevolgen van het besluit van VWS om GGZ cliënten met een verblijfsduur van meer dan 3 jaar in de Wlz² te blijven vergoeden.³

Kenmerk
84932/118834

Pagina
2 van 7

Het uitgangspunt bij het inventariseren van frauderisico's voor de overheveling van de IGGZ is dat het bekostigingssysteem van de IGGZ in wezen op korte termijn niet wijzigt, maar dat bij de overheveling naar de Zvw de inkoper/controleur (zorgverzekeraar) andere prikkels heeft dan het zorgkantoor binnen de AWBZ.

3. Beantwoording van de vragen

- 1) *Zijn de gehanteerde definities eenduidig interpreteerbaar, helder en duidelijk afgebakend? Zo nee, welke niet?*

In de Voorhangbrief/concept Aanwijzing zijn de definities voldoende helder en afgedicht. In de gehanteerde definities van de declarabele prestaties worden geen wijzigingen aangebracht. Daarnaast is besloten om de productstructuur, de ZZP's, zo veel mogelijk te bevriezen op de situatie zoals die is in 2014 gedurende de overgangsfase naar de algemene nieuwe productstructuur voor de gehele GGZ. Over het algemeen zijn er geen indicaties dat de ontwerpregeling onduidelijkheden bevat of nieuwe introduceert.

De enige mogelijke onduidelijkheid op dit moment betreft de samenloop van de declarabele prestaties, DBC's en overige producten naast ZZP's. De NZa heeft in de concept nadere regel vastgelegd of deze producten wel of niet naast elkaar gedeclareerd kunnen worden en welke voorwaarden daarbij van toepassing zijn. De regelgeving is met veldpartijen besproken. De opmerkingen en de suggesties van veldpartijen hebben geleid tot verduidelijking van de tekst, die in de definitieve versie van de beleidsregels is verwerkt.⁴

Het besluit van VWS om de langdurige GGZ met verblijf langer dan drie jaar uit de Wlz te vergoeden, heeft een paar gevolgen. Het betekent dat de ZZP prestaties en tarieven zowel in de Wlz als in de Zvw zullen worden toegepast. De NZa zal de tarieven en prestaties gelijk vaststellen voor beide domeinen.⁵ Wij merken op dat in de Wlz sprake zal zijn van een ander inkoopmodel dan in de Zvw, waarbij ook voor de langdurige GGZ, net als in de huidige situatie binnen de AWBZ, sprake zal zijn van een regionale contracteerruimte en instellingsbudgettering. Dit laatste ontbreekt in de Zvw. Voor de NHC's is sprake van afwijkende declaratiebepalingen.

In onderstaand schema is aangegeven hoe de grondslag is geregeld resp. welke prestaties voor de vergoeding van toepassing zijn.

Grondslag	Zvw		Wlz
Criterium	<= 1 jaar	1-3 jaar	>3 jaar
Bekostiging met	DBC's	ZZP's	ZZP's

² Indien deze in 2015 wordt ingevoerd.

³ Zie brief 'positionering langdurige intramurale GGZ' kenmerk 354038-118996-CZ van 24 maart 2014

⁴ In het TO van 2 en 23 april en in de adviescommissie 26 februari

⁵ Op verzoek van VWS wordt voor de AWBZ tarieven een andere indexering gehanteerd dan voor de Zvw tarieven. Dit zal op termijn leiden tot tariefverschillen.

Uitvoering door	zorgverzekeraar	Wlz uitvoerder	Kenmerk 84932/118834
Opmerkingen	Individuele inkoop, geen ex ante plafond, MBI	Regionale contracteerruimte	

Pagina
3 van 7

2) *Welke fraudemogelijkheden biedt de voorliggende ontwerpregelgeving?*

De volgende risico's voor 'fraude' in brede zin worden geconstateerd:

- A. In de AWBZ vindt onafhankelijke indicatie voor de ZZP's plaats. Deze onafhankelijke indicatie vervalt in de Zvw. Doordat dit wegvalt, is het risico op upcoding groter en wordt de zorgaanbieder voor zwaardere en meer zorg dan noodzakelijk betaald⁶. Dit risico wordt versterkt doordat aan de aanbodbkant het omzetplafond per instelling verdwijnt dat we binnen de AWBZ⁷ wel kennen. In een van de eerdere fraudetoetsen⁸ heeft de NZa hierover opgemerkt dat een omzetplafond dan wel een systeem van budgettering remmend werkt op frauderisico's omdat declaratiefraude boven de vastgestelde omzetgrens geen omzet oplevert⁹. Deze rem van de centrale budgettering vervalt in de Zvw waar in de GGZ geen instellingsbudgettering meer wordt toegepast. Daar staat tegenover dat we in toenemende mate zien dat zorgverzekeraars voor de huidige curatieve GGZ omzetplafonds afsluiten met (de grote) aanbieders. Het is te verwachten dat we dat ook voor de IGGZ zullen zien, zeker omdat ook het aantal mutaties voorspelbaar is. Als de verzekeraars hun plafonds handhaven, heeft dat ook zeker een remmende werking op upcoding. Het MBI kan mogelijk juist een perverse prikkel voor omzetvergroting met zich meebrengen. Pas als vanaf 2017 de verzekeraars risico gaan lopen over de uitgaven voor IGGZ krijgen zij een sterkere prikkel om tegen deze upcoding op te treden.
- B. In de Zvw bestaan geen eigen bijdragen zoals in de AWBZ, maar een eigen risico dat niet inkomensafhankelijk is. De IGGZ aanspraken vallen onder het wettelijk eigen risico van de Zvw. Voor cliënten kan een (duurdere) DBC daardoor voordeliger uitpakken, omdat de cliënt op die manier meer zorg krijgt voor minder geld. Het onderscheid tussen DBC bekostiging en ZZP bekostiging binnen de Zvw blijft vooralsnog gebaseerd op een administratieve grens van 1 jaar. Er kan dan alleen via de afwezigheid (meer dan 30 dagen) worden gestuurd op DBC of ZZP bekostiging.
- C. Bij het risico op afwenteling wijzen wij in het bijzonder op de langdurige GGZ. De Wlz blijft bestaan voor langdurige GGZ cliënten met verblijf, waarbij vooralsnog de grens ligt bij drie jaar¹⁰. Tot een verblijf van drie jaar vallen deze cliënten onder de Zvw, daarna onder de Wlz. Binnen de Zvw geldt daarbij nog een onderscheid tussen de eerste 365 dagen en de 730 dagen daarna. Tot 365 dagen vindt bekostiging met DBC's plaats en is de verzekeraar risicodragend; na 365 dagen is de bekostiging nog gebaseerd op ZZP's en geldt in ieder geval tot 2017 een ander risicoregime. Daarna wordt de Wlz-uitvoerder

⁶ Overigens zien we de laatste jaren in de indicatiestelling door het CIZ een trend om meer cliënten in de hogere ZZP's te indiceren. Het is de vraag of deze trend doorzet en/of wordt versterkt

⁷ Via de contracteerruimte

⁸ Zie Rapport onderzoek zorgfraude (Nza, december 2013)

⁹ Tenzij uiteraard met de opbrengstverantwoording ook wordt gefraudeerd, maar daar wordt in beginsel door de accountant van de instelling op gecontroleerd.

¹⁰ In het wetsvoorstel is dit nog niet opgenomen, zie kamerbrief van 24 maart

'Positionering langdurige zorg' kenmerk 354038-118996 CZ

verantwoordelijk. Voor cliënten die al in zorg zijn, kan de overgang onoverzichtelijk zijn. Hier bestaat een risico op oneigenlijk gebruik.

Kenmerk
84932/118834

Pagina
4 van 7

- D. In het wetsvoorstel voor de Wlz is opgenomen dat voor de Wlz indicaties niet langer het aantal uur per patiënt zal worden geïndiceerd. De NZa zal hieraan verder invulling geven door de aantallen uren uit de prestatieomschrijving te schrappen. De meer globale profielindicatie blijft bestaan. Aangezien het de intentie is om de ZZP prestaties in Zvw en Wlz gelijk te houden, zullen die uren ook uit de prestaties voor de Zvw verdwijnen. Dit heeft gevolgen voor de inkoop en controle.
- E. De zorgverzekeraar koopt ZZP's in maar de daadwerkelijke levering door aanbieders aan verzekerden is gebaseerd op een individueel zorgplan. Voor zorgverzekeraars is het daardoor lastig om vooraf de goede zorg in te kopen. Daarnaast maakt dit zorgplan zonder geleverde uren effectieve controle (door de Wlz-uitvoerder) op zorglevering lastig. Immers, wat in rekening wordt gebracht (het ZZP-tarief) staat los van de vraag of de overeengekomen zorg daadwerkelijk aan een verzekerde is geleverd of dat deze volledig overeenkomt met het profiel c.q. het aantal uren in de ZZP, dat immers niet meer in de omschrijving is opgenomen. Hierdoor bestaat het risico op onderbehandeling. Dit speelt in ieder geval zolang in de IGGZ geen tijdregistratie plaatsvindt en de geregistreerde tijd niet op de factuur wordt vermeld. Daarnaast achten wij een zeker risico op upcoding aanwezig bij nieuwe cliënten. Voor bestaande cliënten die langer dan 1 jaar verblijven is immers een indicatie aanwezig.

3) *Hoe groot schat u de kans in dat de fraudemogelijkheden uit vraag 2 zich in de praktijk gaan voordoen en wat is hiervan de impact?*

De kans dat de genoemde risico's zich zullen voordoen is vrij groot, mogelijk met uitzondering van het risico onder 2B. Voor verzekeraars zijn er, zeker tot 2017, niet voldoende prikkels om ervoor te zorgen dat er niet te hoog geïndiceerd zal worden. Een ander mogelijk effect is dat verzekeraars op het toenemende risico gaan vooruitlopen en dus zoveel mogelijk cliënten (na de 365 dagen grens) in lage ZZP's willen hebben. Er wordt immers na 365 dagen niet door het CIZ geïndiceerd, maar de verzekeraar regelt dit zelf. Dit vergroot de kans op onderbehandeling. De omvang/impact hiervan is echter vrijwel niet te kwantificeren omdat we geen inschatting kunnen maken van het volume dat er mee gemoeid is. Het gaat echter in totaal om een beperkt aantal cliënten (ca. 4500).

4) *Hebben de partijen betrokken bij de uitvoering van de ontwerpregelgeving controle- en handhavingsmogelijkheden? Zijn er lacunes? Zo ja, welke?*

De partijen betrokken bij de uitvoering en hun controle- en ontwerp-mogelijkheden zijn als volgt:

- Zorgverzekeraars.

Zij zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Zvw en hebben een zorgplicht. De controle- en handhavingsmogelijkheden die zij hebben zijn o.a. het controleren van de declaraties conform de regelgeving en controle of iemand aanspraak maakt op Zvw zorg.

- Zorgaanbieders

Zij zijn verantwoordelijk voor het leveren van de zorg. Inhoudelijk wijzigt hier niets. Zij beschikken niet over controle- of handhavingsmogelijkheden, maar dit levert geen lacunes op.

- NZa

Kenmerk
84932/118834

Pagina
5 van 7

De NZa houdt toezicht op de zorgplicht die verzekeraars hebben, ziet toe op gepast gebruik, op het handhaven van de regelgeving, houdt toezicht op de aanleveringen van gegevens voor de ex post verevening, is verantwoordelijk voor de handhaving van de aanlevering van DIS data etc. De NZa beschikt over verschillende handhavingsinstrumenten in haar toezicht bij een doelmatige en rechtmatige uitvoering van de Zvw. Bij de IGGZ gaat het toezicht op de zorgkantoren over naar het toezicht op de zorgverzekeraars.

5) *Is het toezicht in de wet geborgd? Ziet u hier nog lacunes?*

In beginsel is toezicht op de Zvw in de Wmg geborgd op dezelfde wijze als voorheen. Dit wordt uitgebreid naar het deel van de langdurige GGZ dat in de Zvw wordt uitgevoerd.

6) *Zijn er sancties of maatregelen mogelijk in geval van geconstateerde fraude? Zijn er lacunes? Zo ja welke?*

Bij declaratiefraude zijn sancties conform Wmg bevoegdheden mogelijk. Overige afspraken tussen aanbieders en verzekeraars vallen onder het toezicht op de uitvoering van de Zvw, zo bijvoorbeeld ook de wijze waarop eventueel een vorm van indicatie wordt gehanteerd

7) *Biedt de ontwerpregelgeving toegang tot noodzakelijke gegevens voor toezichthouders, opsporingsdiensten en private partijen die de ontwerpregelgeving uitvoeren? En kunnen deze gegevens uitgewisseld worden? Zijn er lacunes?*

Data uitwisseling aan de NZa vindt plaats op basis van de wettelijke taken als toezichthouder.

De ontwerpregelgeving voorziet in verplichte aanlevering van benodigde data, maar ook in registratie en factuurinformatie:

- Door aanbieders aan verzekeraars in de vorm van declaratievoorschriften (factuurinformatie).
- Zorgaanbieders leveren gegevens over de DBCs en ZZP's aan DIS.
- Zorgverzekeraars leveren gegevens aan het CVZ voor de ex post verevening.

In de AWBZ levert het CIZ de indicatiegegevens aan het zorgkantoor aan. De zorgaanbieders leveren op cliëntniveau de intramurale prestaties (ZZP's) aan de zorgkantoren aan voor de declaraties. De gegevensaanlevering vanuit het CIZ vervalt.

Voor wat betreft de factuurinformatie merken wij het volgende op. In de voorhangbrief staat:

'Om zorgverzekeraars in positie te brengen, is het tevens van belang dat er voldoende informatie op de factuur komt. Dit betreft in ieder geval informatie over het ZZP-profiel en het aantal verblijfsdagen. Op 2 juli 2013 heb ik duidelijkheid gegeven over het hoofdbehandelaarschap in de gespecialiseerde ggz, waaronder per 2015 ook de langdurige intramurale op behandeling gerichte ggz valt. Daarom vind ik het van belang dat de factuur ook informatie bevat over de hoofdbehandelaar, zijn beroep, en de hoeveelheid door hem bestede tijd. Dit is per 2014 al het geval voor ggz die vanuit de Zvw wordt gefinancierd.'

Zorgaanbieders kunnen niet de garantie geven op tijd de registratie van (tijd van en door) hoofdbehandelaren in de IGGZ op orde te hebben, waarbij ook aan de tijdige verwerking daarvan in een met zorgverzekeraars overeen te komen declaratiestandaard aanzienlijke risico's zijn verbonden.

Om de overheveling met bijbehorend declaratieverkeer toch mogelijk te maken, is de NZa voornemens om in 2015 de huidige declaratievoorschriften voor de ZZP's te handhaven, en per 2016 aanvullende verplichtingen waaronder die op het gebied van het hoofdbehandelaarschap in haar nadere regels op te nemen.

Kenmerk
84932/118834

Pagina
6 van 7

In de voorhangbrief noemt VWS geen datum voor de vermelding van het hoofdbehandelaarschap. De brief biedt daarmee voldoende ruimte voor de door de NZa voorgestelde temporisering. VWS blijft het belangrijk vinden dat het hoofdbehandelaarschap ook in de langdurige GGZ op de factuur komt. Dit mag echter ook naar de mening van VWS het declaratieverkeer per 2015 niet blokkeren. VWS heeft dit expliciet aan veldpartijen schriftelijk medegedeeld en zal ook in de aanbiedingsbrief bij de aanwijzing aan de NZa opnemen dat om de genoemde reden uitstel van de registratie van de hoofdbehandelaar bij de langdurige zorg wordt geaccepteerd.

8) *Heeft u zelf nog aanvullende opmerkingen?*

In de AWBZ is de IGGZ per definitie een naturaverstreking. In de Zvw bestaan natura- en restitutiepolissen, of een mix van beide. Indien patiënten langdurige GGZ nodig hebben, maar een restitutiepolis hebben, kan dit mogelijk lastiger zijn voor de uitgavenbeheersing en de controle. Het is mogelijk dat verzekeraars vaker met niet-gecontracteerde, en dus onbekende, aanbieders te maken kunnen krijgen. Vanwege het geringe aantal patiënten voor de IGGZ en het feit dat de meeste IGGZ instellingen al wel bekend zijn, is de kans dat dit voorkomt echter gering.

4. Conclusie

Belangrijke kenmerken bij de voorgenomen overheveling zijn:

- De declarabele prestaties en tarieven wijzigen vrijwel niet, een paar kleine aanpassingen daargelaten.
- De (omzet-)prikkel voor aanbieders veranderen in feite ook niet en we streven ernaar de declaratiebepalingen ook over te nemen, met alleen de hoogstnodige aanpassingen.
- Door het verdwijnen van de onafhankelijke indicatie en het individuele instellingsgebonden budgetplafond in de Zvw wordt het risico op upcoding vergroot. Daar staat tegenover dat we in toenemende mate zien dat zorgverzekeraars voor de cGGZ omzetplafonds afsluiten met (de grote) aanbieders. Het is te verwachten dat we dat ook voor de IGGZ zullen zien, zeker omdat ook het aantal mutaties voorspelbaarder is. Als de verzekeraars hun plafonds handhaven, heeft dat ook zeker een remmende werking op upcoding. Het MBI in de Zvw kan juist een perverse prikkel met zich meebrengen voor omzetvergroting.
- De keuze voor de overheveling betekent een beoogde andere rol voor verzekeraars, waarbij ze andere financiële prikkels krijgen en meer risico. Die beleidsmatige keuze kan er ook voor zorgen dat ze juist op zoek gaan naar mogelijkheden om door oneigenlijk gebruik voordeel te behalen. Hier zit een zekere mate van tegenstrijdigheid omdat de systeemkeuzes dus per definitie een frauderisico introduceert.
- Door het weglaten van het aantal uren zorg in een ZZP, bestaat het risico op onderbehandeling. Bij de inkoop van de zorg is het lastig in te schatten en bij controle op de declaraties is ook niet inzichtelijk hoeveel zorg er geleverd is.

De maatregelen die de NZa hiertegen kan ondernemen zijn beperkt, want dan zou je juist de andere uitgangspunten (zo min mogelijk verandering in de productstructuur) ter discussie moeten stellen en bijvoorbeeld door tariefaanpassingen bepaalde prikkels afzwakken of wegnemen.

Dit is echter niet in lijn met de Voorhangbrief en het beleid dat we als NZa gaan uitvoeren. Sterker nog, door bijvoorbeeld de indicatie af te schaffen c.q. globaler te definiëren maak je het systeem uit oogpunt van fraudepreventie zwakker, maar dat is ook een beleidsmatige keuze.

Kenmerk
84932/118834

Pagina
7 van 7

De conclusie lijkt eigenlijk dat er niet heel veel materieel in de frauderisico's zal muteren en wat er wijzigt is het gevolg van beleidsmatige keuzes voor de inrichting van het overgangsmodel.