Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

> Retouradres Postbus 90801 2509 LV Den Haag

De heer H.M. de Jonge
Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 's Gravenhage

Directie Analyse Programmering en Signalering

Postbus 90801
2509 LV Den Haag
Parnassusplein 5
T 070 333 44 44
www.rijksoverheid.nl

Contactpersoon

Datum 14 DEC. 2017
Betreft Signalering 2017 over onderzoeken naar zorgfraude

Onze referentie
2017-0000200869

Geachte heer De Jonge,

Hierbij sturen wij u de Signaleringsbrief 2017, waarin de ketenpartners die betrokken zijn bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg u enkele signalen onder de aandacht willen brengen. De ketenpartners zijn de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie SZW. De ketenpartners zullen zoals gebruikelijk de signalen nader toelichten in een overleg met uw ministerie. In dit vertrouwelijke overleg zullen rechercheurs en inspecteurs van de signalerende diensten meer zicht geven op de modus operandi en onderzoeken die ten grondslag liggen aan de signalen. Ook dragen de ketenpartners gezamenlijk bij aan de door VWS gevraagde toetsen op uitvoerbaarheid, fraudebestendigheid en handhaafbaarheid van nieuwe wet- en regelgeving of bekostigingssystemen in de zorg. Door goede samenwerking tussen uitvoering, toezicht en beleid bereiken wij meer effect.

Bij fouten en fraude in de zorg gaat het om handelingen die in strijd zijn met wet- en regelgeving en die ten laste komen van middelen die voor zorg bestemd zijn. Het gaat om zorg die onrechtmatig wordt gedeclareerd of niet wordt geleverd waardoor kwetsbare groepen niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. Fouten en fraude in de zorg zijn onacceptabel en ondermijnen het vertrouwen in de integriteit van de zorgsector. Daarom zetten ketenpartners zich in om in gezamenlijkheid fouten en fraude in de zorgsector aan te pakken. Juist door samen op te treden zal het effect groter zijn.

Het ministerie van Volksgezondheidszorg, Welzijn en Sport heeft samen met de betrokken ketenpartners de afgelopen jaren geïnvesteerd in de handhaving op de rechtmatigheid van de zorg. In het programma Rechtmatige Zorg werken de ketenpartners gezamenlijk aan het terugdringen van onrechtmatigheden waarin elke partij zijn eigen verantwoordelijkheid neemt.[1]Daar waar sprake is van fouten

[1] Programmaplan rechtmatige zorg –aanpak van fouten en fraude 2015-2018, ministerie van VWS, 27 maart 2015.

en fraude treden ketenpartners op. Het programma Rechtmatige Zorg en het Bestuurlijk Overleg Integriteit Zorgsector (Bestuurlijk Overleg TIZ) waarin de ketenpartners zijn vertegenwoordigd, hebben bijgedragen aan een integrale en samenhangende aanpak van fouten en fraude ten aanzien van de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en de Jeugdwet.

De ketenpartners in de zorg vervullen vanuit hun operationele praktijk een signalerende en agenderende rol voor politiek en beleid. Aan deze rol wordt invulling gegeven vanuit het zogenaamde leercirkeloverleg. In dit overleg wordt door de ketenpartners gesproken over casuïstiek, verschillende fraudevormen, trends en belemmeringen vanuit wet- en regelgeving en trends en belemmeringen vanuit de uitvoeringspraktijk in de aanpak van fouten en fraude in de zorg. Jaarlijks worden de belangrijkste signalen samengebracht in een brief. De casuïstiek is vertrouwelijk en wordt niet in deze brief opgenomen om de fraudeur niet wijzer te maken. Om die reden worden in deze brief de signalen dus in abstracto gepresenteerd.

De Signaleringsbrief 2016 is eind november 2016 aan uw ambtsvoorganger verzonden en inclusief haar reactie, eind december 2016 aan de Kamer gestuurd.[2] Deze brief is op 16 november 2017 behandeld in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Met deze Signaleringsbrief 2017 wordt u geïnformeerd over de belangrijkste ontwikkelingen die de ketenpartners over het afgelopen jaar hebben gesignaleerd. Bij sommige signalen is (op dit moment) geen actie van uw ministerie vereist, maar de ketenpartners hechten er wel aan deze signalen nu met uw ministerie te delen.

1. Ongecontracteerde zorg

De ketenpartners signaleren dat steeds meer zorgaanbieders ervoor kiezen om geen contract met een zorgverzekeraar te sluiten. De zorgverzekeraar dient op basis van de huidige wet- en regelgeving deze declaraties wel (grotendeels) te betalen, ook als de zorgverzekeraar ervoor kiest om de zorgaanbieder niet te contracteren vanwege bijvoorbeeld vermoedens van fraude. De beheersing van risico's vooraf, via voorwaarden in een contract, zoals waar een declaratie aan moet voldoen, is niet mogelijk. Bij ongecontracteerde zorg heeft de zorgverzekeraar daarnaast beperktere mogelijkheden om controles uit te voeren. Zorgverzekeraars kunnen via polisvoorwaarden aanvullende eisen stellen aan de declaratie of de declaratievergoeding beperken, maar dit voorkomt niet dat declaraties voor recht op betaling ingediend kunnen worden. Kortom, het probleem bij ongecontracteerde zorgaanbieders is dat zorgverzekeraars bij deze aanbieders geen mogelijkheden hebben op sturing vooraf op risico's met contracten en daarnaast beperkt zijn in het controleren of de ingediende declaraties rechtmatig zijn.

Ketenpartners signaleren ook in de sector wijkverpleging een trend om zorg te leveren zonder contract. Hier is het beeld dat er een serieus probleem bestaat rond de indicatiestelling. Wijkverpleegkundigen mogen sinds 2015 zelf indiceren voor de Zvw. Het in één hand leggen van de indicatie voor wijkverpleging én het leveren van deze zorg kan ervoor zorgen dat er hoger wordt geïndiceerd dan

[2] Kamerstukken II 2016/17, 28828, nr. 100.

noodzakelijk. De ketenpartners zien dat sommige, al dan niet zorgverlenende, wijkverpleegkundigen druk ervaren vanuit cliënten en hun omgeving om hoger te indiceren dan noodzakelijk. Zorgverzekeraars hebben inmiddels in meerdere dossiers fraude met wijkverpleegkundige zorg aangetoond. Daarnaast zijn er bij de verzekeraars nog tientallen andere dossiers in onderzoek vanwege vermoedens van fraude.

De zorgverzekeraars signaleren daarnaast op basis van data-analyse dat ongecontracteerde aanbieders in de wijkverpleging per patiënt gemiddeld méér uren declareren dan gecontracteerde aanbieders. Of hier sprake is van patiënten met een hogere zorgzwaarte, ongepast gebruik, fouten of fraude is nog niet duidelijk. Dit wordt onderzocht.

Misstanden die de ketenpartners zien in de wijkverpleging zijn:

- declareren bij patiënt én bij de verzekeraar;
- onverzekerde zorg declareren als verzekerde zorg;
- valse indicaties opstellen of indicaties afgegeven door onbevoegde wijkverpleegkundigen;
- meer zorg declareren dan feitelijk is geleverd;
- zorg declareren terwijl er geen zorg wordt geleverd.

Wij adviseren u te onderzoeken hoe de indicatiestelling voor wijkverpleging fraudebestendiger gemaakt kan worden om de ongecontracteerde zorg beheersbaar te maken.

Ook goede toetredingsdrempels kunnen de problemen in de wijkverpleging tegengaan. Hier gaan we in de volgende paragraaf op in.

2. Malafide aanbieders

Alle ketenpartners signaleren dat het eenvoudig is om een nieuwe zorginstelling op te richten. In de vorige Signaleringsbrief is, in het kader van het toezicht op goed bestuur, de mogelijkheid dat ondeugdelijke bestuurders een nieuwe zorginstelling opstarten (of hierbij betrokken zijn), reeds benoemd. Ook zien ketenpartners dat na faillissement of financiële malversaties zorginstellingen onmiddellijk kunnen doorstarten in een nieuwe rechtspersoon. Ketenpartners vinden dit een onwenselijke situatie. Het zou goed zijn maatregelen te nemen om dergelijke mogelijkheden te voorkomen, zoals screening van oprichters en/of bestuurders van nieuwe zorginstellingen en brede kennisdeling over bestuurders/oprichters van zorginstellingen.

In verschillende (strafrechtelijke) onderzoeken komt de laatste jaren daarnaast een hogere graad van georganiseerde criminele activiteiten naar voren dan voorheen. Dat wordt bijvoorbeeld zichtbaar in het doelbewust, gericht op misbruik starten van ondernemingen om te frauderen met pgb's, maar ook in een fraudeonderzoek waarbij een crimineel netwerk betrokken blijkt.

Voorts zien wij regelmatig ingewikkelde bestuurlijke (BV-)constructies in de zorg waarbij o.a. gebruik wordt gemaakt van onvoldoende transparante uitbestedingconstructies waardoor het verbod op winstoogmerk en/of de Wet normering topinkomens kan worden omzeild en mogelijk zorggeld kan weglekken. Ketenpartners hebben weinig mogelijkheden om hiertegen op te treden. Een mogelijkheid zou kunnen zijn om meer transparantie en verantwoording voor de keuze van complexe constructies te vragen.

Daarnaast is het belangrijk dat de toetsing van nieuwe zorgaanbieders goed in de wetgeving wordt geregeld en wij denken daarom graag met u mee hoe malafide aanbieders en bestuurders (blijvend) van de zorgmarkten te weren, in aanvulling op de uitvoeringstoets Wet toetreding zorgaanbieders die enkele ketenpartners al uitgevoerd hebben. Daarnaast kijken wij uit naar uw brief over de bevindingen uit onderzoek naar constructies in de zorg.

3. Zorg gefinancierd uit een persoonsgebonden budget (pgb)-Wlz/ABWZ

Zorg die gefinancierd wordt door middel van een pgb blijft onverminderd gevoelig voor fraude.

Uit cijfers van ZN over 2016 blijkt dat de vastgestelde fraudes binnen de pgb-Wlz/AWBZ bij de zorgverzekeraars 72% uitmaken van het in totaal in 2016 door de zorgverzekeraars vastgestelde fraudebedrag van € 18,9 miljoen. Dit is in lijn met voorgaande jaren. Ook de Inspectie SZW besteedt al enige jaren een substantieel deel van de opsporingscapaciteit binnen de zorg aan onderzoeken naar fraude met pgb's. Voorts verwijzen wij naar het rapport "Naar een fraudebestendig pgb. Een verkenning van de Wlz, de Zvw, de Wmo"[3]uit 2015. De in het rapport beschreven problemen worden (nog steeds) volledig herkend door de ketenpartners.

De ketenpartners signaleren meerdere knelpunten die te maken hebben met pgb. Het grootste probleem is dat er declaraties door middel van een pgb worden uitbetaald, terwijl daar geen goede of te weinig zorg tegenover staat. Voor een deel wordt er bewust samengespannen door zorgverleners en budgethouders om zich te verrijken met pgb-middelen.

Daarnaast komt het voor dat huisvesting en zorg (te) sterk met elkaar verweven zijn. Er zijn signalen bekend waarin cliënten verplicht worden door de zorgaanbieder zorg in te kopen bij het wooninitiatief, maar waarbij zij onvoldoende zorg ontvangen. Ook zijn gevallen bekend waar de huur van de woning werd betaald met geld uit het pgb. Bovendien blijkt dat pgb-budgethouders vaak niet op de hoogte zijn van datgene waar zij recht op hebben en dat zij zich niet goed kunnen weren tegen de dreiging om uit huis te worden gezet.

Veel knelpunten betreffen pgb-houders die handelsonbekwaam zijn en/of op een andere wijze afhankelijk zijn en voor het behartigen van hun belangen zijn aangewezen op derden. Deze groep budgethouders is extra kwetsbaar en zij lopen het risico door kwaadwillende zorgaanbieders benadeeld te worden. Tegelijk blijven zij echter als budgethouders juridisch aansprakelijk voor het beheer van het budget. In de Wlz blijkt een aanzienlijk percentage van de budgethouders niet in staat te zijn om daadwerkelijk op eigen kracht de regie op het pgb te voeren.

Uit onderzoek bleek bijvoorbeeld dat in 2015 7900 huisbezoeken werden afgelegd door de zorgkantoren. Slechts 6% van de houders van een pgb was primair beheerder van het budget en slechts 5% voerde zelf de administratie.[4]

---

[3] https: //www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/11/10/naar-een-meer-fraudebestendig-pgb.

[4] Rapport "Pgb-huisbezoeken-Resultaten onderzoek 2015" Rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2016/05/25/pgb-huisbezoeken-resultaten-onderzoek-2015.

Er zijn verschillende manieren waarop een cliënt ongewild afhankelijk kan worden van personen dan wel organisaties met slechte intenties. Bewindvoerders en vertegenwoordigers nemen besluiten namens de budgethouder. In verschillende casussen worden echter bewindvoerders of vertegenwoordigers aangetroffen die niet handelen in het belang van de cliënt, maar in hun eigen financiële belang. Soms schuift de zorgaanbieder zelf bepaalde bewindvoerders naar voren, waarbij deze (on)zichtbare connecties onderhouden met de zorgaanbieder. Cliënten zijn zich daar niet altijd van bewust en indien zij zich daarvan wel bewust zijn, durven of kunnen zij in veel gevallen niet over te stappen naar een andere bewindvoerder of vertegenwoordiger. Dit punt werd ook benoemd in een eerdere Signaleringsbrief, maar is onverminderd actueel.

Een ander probleem vloeit voort uit het feit dat voor bepaalde zorgprofielen het door de budgethouder inschakelen van een "gewaarborgde hulp" voor het toekennen van een Wlz-pgb verplicht is. De gewaarborgde hulp staat ervoor in dat de budgethouder de aan de pgb verbonden verplichtingen nakomt. Probleem hierbij is dat de budgethouder desondanks zelf (financieel) verantwoordelijk blijft voor het pgb en de daaraan verbonden verplichtingen. Dit omdat de Wlz geen eenduidige regeling geeft voor de juridische aansprakelijkheid van de gewaarborgde hulp. Zorgkantoren hebben slechts beperkt mogelijkheden om een voorgedragen gewaarborgde hulp te weigeren en dit betekent dat dan ook direct het hele pgb geweigerd zou moeten worden. Bovendien kunnen zorgkantoren na toekenning van een pgb niet meer, anders dan door intrekking van het pgb, ingrijpen als de gewaarborgde hulp zijn rol niet goed vervult.

Zoals gezegd hebben zorgkantoren bij een Wlz-pgb geen juridische relatie met de zorgverlener, maar met de budgethouder. In geval van onrechtmatigheden in declaraties door de zorgverlener die niet toerekenbaar zijn aan de budgethouder, wordt de budgethouder hierop aangesproken. Het zorgkantoor zal immers de budgethouder hierop moeten aanspreken. Wettelijke bepalingen rond het pgb voorzien niet in mogelijkheden voor zorgkantoren om de zorgverlener direct aan te spreken. De (malafide) zorgaanbieder of derde (pgb-bemiddelingsbureau) wordt nauwelijks aangepakt. Er zijn verschillende casussen bekend waarbij uit onderzoek blijkt dat de budgethouder te goeder trouw heeft gehandeld, maar achteraf geconfronteerd werd met een financiële terugvordering.

Ketenpartners zijn met het laatstgenoemde vraagstuk in overleg met uw ministerie aan de slag gegaan. Voor budgethouders die te goeder trouw zijn en voor terugvorderingen ten aanzien van meerderjarig geworden budgethouders gelden immers andere afspraken. Per 1 april 2017 is het derdenbeding opgenomen in de modelzorgovereenkomst, met een overgangstermijn voor bestaande overeenkomsten. Het derdenbeding (een extra instrument voor zorgkantoren in de uitvoering van de afspraken te goeder trouw) houdt in dat de vordering wordt neergelegd bij de (malafide) zorgaanbieder of derde, wanneer vast is komen te staan dat de budgethouder te goeder trouw heeft gehandeld[5]. De constructie met het derdenbeding vraagt wel de medewerking van budgethouders.

---

[5] Het derdenbeding is een mogelijkheid om de zorgverlener rechtstreeks aan te spreken. In o.a. de Kamerbrief van 16 december 2016 heeft de staatssecretaris van VWS de Tweede Kamer hierover geïnformeerd. Het derdenbeding is wettelijk verankerd via de Regeling d.d. 2 maart 2017: https//zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2017-11464.html

Dit traject is te beschouwen als een stap in de goede richting, waarbij in ieder geval de gedupeerde budgethouder niet wordt gestraft. Civiele procedures van zorgkantoren tegen de frauderende zorgaanbieders kosten echter veel tijd en geld. Hierin is wel door zorgkantoren, mede op basis van dit beleid, succesvol geprocedeerd, maar het daadwerkelijk laten terugvloeien van ten onrechte verkregen pgb-gelden is nog nauwelijks zichtbaar.

De NZa heeft onderzoek gedaan naar de vorderingsproblematiek bij frauderende zorgaanbieders en bij jongmeerderjarige budgethouders. De NZa heeft uw ministerie reeds over de uitkomsten en aanbevelingen geïnformeerd.[6]Uit dit onderzoek volgt ook dat zorgkantoren het pgb zien als een goed instrument voor budgethouders om zorg op maat te kunnen bewerkstelligen, zij het dat daarin verbeteringen nodig zijn, vooral ten aanzien van de mogelijkheden van fraudepreventie.

Gezien het grote aantal problemen dat de pgb-systematiek oplevert voor budgethouders (o.a. zorgverwaarlozing, fraude, misbruik van kwetsbare cliënten) werken de ketenpartners intensief samen op dit dossier. Onder leiding van de Inspectie SZW is een handhavingsstrategie pgb opgesteld. In aanvulling op deze strategie maken ketenpartners op dit moment afspraken om pgb-fraude meer integraal aan te pakken. Graag werken wij met u samen aan een meer fraudebestendig pgb.

4. Informatiedeling tussen ketenpartners

Bij fouten en fraude in de zorg wordt er gewerkt met gevoelige informatie, zoals medische persoonsgegevens. Ketenpartners gaan daar uiteraard zeer prudent mee om. Om effectief fouten en fraude te kunnen bestrijden is het echter noodzakelijk om informatie te kunnen delen. In de vorige Signaleringsbrief is dit ook opgemerkt.[7]

Een belangrijk punt blijft dat de wettelijke grondslag voor het onderling uitwisselen van gegevens tussen gemeenten, CIZ en zorgkantoren niet overgenomen is in de transitie van AWBZ naar Wlz. Dit zorgt ervoor dat informatie-uitwisseling in relatie tot (fraude) onderzoeken niet is toegestaan. Het gaat onder andere om informatie rondom indicatiestellingen uit de AWBZ-periode. Zo geven het CIZ en de zorgkantoren aan dat zij beschikken over tientallen signalen van potentiële fraude in het gemeenschappelijk domein uit de AWBZ-tijd. Deze signalen kunnen nu niet worden uitgewisseld met de betreffende gemeente(n).

Ketenpartners zijn ook zelf aan de slag gegaan met het verbeteren van de mogelijkheden om informatie uit te wisselen. Door de Taskforce Integriteit Zorgsector is uitvoering gegeven aan het traject schadebeperkende maatregelen. Door middel van een machtiging van de Minister van Veiligheid en Justitie[8] kunnen de Inspectie SZW en FIOD informatie uit lopende strafrechtelijke onderzoeken delen met ketenpartners in de aanpak van fraude in de zorg. Deze

---

[6] Brief "Onderzoek naar de uitvoering van het kader te goeder trouw en regeling jong meerderjarigen bij de zorgkantoren" d.d. 20 oktober 2017, https://www.nza.nl/publicaties/nieuws/NZa-Mogelijkheden-voor-fraudeaanpak-pgb-te-beperkt.

[7] Hier werd o.a. verwezen naar het wetsvoorstel VTO Wmg, momenteel in behandeling bij de Eerste Kamer.

[8] Stcrt 2017, 29470.

informatie kan gedeeld worden met de colleges van burgemeester en wethouders, zorgverzekeraars, het CIZ, de NZa en de IGJ i.o. om bijvoorbeeld schadebeperkende maatregelen zoals het stoppen van betalingen mogelijk te maken. Voordat informatie verstrekt wordt stemmen opsporingsdiensten hierover af met het OM. Op dit moment worden hierover nadere afspraken gemaakt.

Ketenpartners kunnen echter niet zelf regelen dat de juridische basis om informatie-uitwisseling wordt verbeterd. Hiervoor moet wettelijk geregeld worden dat partijen (CIZ, zorgkantoren en gemeenten) informatie, waaronder fraudesignalen, mogen uitwisselen. We verwijzen u naar de juridische verkenning in het kader van het traject gegevensuitwisseling, dat begin 2016 op verzoek van de ketenpartners is ingezet. We vertrouwen erop dat de noodzakelijke vervolgstappen op korte termijn worden afgerond.

5. Strafrechtelijk onderzoek soms lastig en tijdrovend door complexiteit zorgsysteem

De zorg is een complex systeem met verschillende sectoren en complexe zorgvragen. De hierop volgende complexiteit van de bekostiging en regelgeving in de zorg maken dat strafrechtelijk onderzoek lastig en in een aantal gevallen tijdrovend is. Denk bijvoorbeeld aan de bekostiging van de medisch specialistische zorg via de dbc-systematiek en de bekostiging van de farmacie. Bij de doorontwikkeling van de dbc-systematiek door de NZa is het dan ook een uitgangspunt om dit te vereenvoudigen.

Recent is bijvoorbeeld door ketenpartners vastgesteld dat apothekers in toenemende mate andere geneesmiddelen bij zorgverzekeraars declareren dan daadwerkelijk afgeleverd worden. Ter illustratie dient de omvangrijke farmaciezaak waar de Inspectie SZW recentelijk onderzoek naar heeft gedaan. In deze zaak declareerde de apotheek preferente medicijnen bij de verzekeraars, terwijl hun cliënten niet-preferente medicijnen kregen.

De Inspectie SZW heeft tijdens het strafrechtelijk onderzoek waargenomen dat een apotheker eigen inkoopafspraken maakte met leveranciers over niet-preferente middelen, niet-preferente middelen leverde aan cliënten en vervolgens de preferente middelen declareerde bij de zorgverzekeraar.

Bovenstaand voorbeeld laat zien dat de financiering en de administratievoering in de zorg het strafrechtelijk onderzoek lastig maken. Van iedere verstrekking van een geneesmiddel moeten meerdere aspecten onderzocht worden om de rechtmatigheid van de verstrekking vast te stellen. Wij informeren u dat hierdoor veel van de beschikbaar gestelde opsporingscapaciteit wordt opgeslokt binnen een enkel onderzoek en deze onderzoeken lange doorlooptijden kennen.

Tot slot
De ketenpartners zijn uiteraard bereid om bovengenoemde trends en signalen nader toe te lichten en mee te denken over mogelijke oplossingsrichtingen.

Mede namens de ketenpartners die betrokken zijn bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

Hoogachtend,

mr. M.J. Kuipers
inspecteur-generaal Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Directie Analyse Programmering en Signalering

Datum
14 DEC. 2017

Onze referentie
2017-0000200869