

Een zorgelijk gebrek aan daadkracht

Onderzoek naar de
effectiviteit van
zorgfraudebestrijding

2022



Algemene
Rekenkamer

Inhoud

Samenvatting | 4

1. Over dit onderzoek | 6

- 1.1 Waarom dit onderzoek? | 6
- 1.2 Wat hebben we onderzocht? | 7
- 1.3 Afbakening | 7
- 1.4 Benadering en methode | 8
- 1.5 Beschouwing vooraf | 10
- 1.6 Leeswijzer | 10

2. Aanpak van zorgfraude | 12

- 2.1 Organisatie | 12
- 2.2 Doel van de aanpak | 15
- 2.3 Handhaving | 15
- 2.4 Verwachtingen | 18

3. Effectiviteit van de bestrijding | 20

- 3.1 Onderbouwing van vermoedens | 21
- 3.2 Resultaten van handhaving | 21
- 3.3 Doeltreffendheid van bestrijding | 22
- 3.4 Geobserveerde effecten | 23
- 3.5 Relativering van effecten | 23
- 3.6 Pakkans bij zorgfraude | 24

4. Samenwerken tegen zorgfraude | 27

- 4.1 Het Informatieknooppunt Zorgfraude | 27
- 4.2 De Stuur- en Weegploeg Zorg | 29
- 4.3 Regie op aanpak | 31
- 4.4 Operationele samenwerking | 32
- 4.5 Bestuurlijke samenwerking | 33

5. Bijdrage van zorgfraudebestrijders | 36

- 5.1 Strafrecht (OM en Arbeidsinspectie) | 37
- 5.2 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) | 39
- 5.3 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) | 40
- 5.4 Belastingdienst en FIOD | 42
- 5.5 Zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) | 43
- 5.6 Gemeenten en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) | 44
- 5.7 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Sociale Verzekeringsbank (SVB) | 45

6. Een ingewikkeld speelveld | 47

- 6.1 Financiering en toezichtregimes | 47
- 6.2 Persoonsgebonden budget (pgb) | 50
- 6.3 Privacywaarborgen en delingsgrondslagen | 51
- 6.4 Nieuwe wet- en regelgeving | 52

7. Conclusies en aanbevelingen | 56

8. Bestuurlijke reactie en nawoord | 58

- 8.1 Bestuurlijke reactie minister voor Langdurige Zorg en Sport | 58
- 8.2 Nawoord Algemene Rekenkamer | 60

Bijlagen | 61

- Bijlage 1 Methodologische verantwoording | 61
- Bijlage 2 Normenkader | 66
- Bijlage 3 Begrippen | 69
- Bijlage 4 Literatuur | 70
- Bijlage 5 Overzicht conclusies en aanbevelingen | 72
- Bijlage 6 Eindnoten | 73

Samenvatting

Hoe effectief is de bestrijding van zorgfraude in Nederland? Dat is de hoofdvraag van dit onderzoek. Zorgfraude is een ernstig probleem omdat er publiek geld mee is gemoeid, (kwetsbare) burgers makkelijk slachtoffer kunnen worden van kwaadwillende zorgondernemingen en er sprake kan zijn van strafrechtelijke vergrijpen.

We hebben onderzoek gedaan naar de handhaving en stelden de praktijk van de bestrijding daarbij centraal. We werkten 'bottom-up' en onderzochten 14 casussen over zorgaanbieders waarover sterke signalen van fraude waren. We reconstrueerden wat de organisaties die een rol hebben in de fraudebestrijding daarmee deden, individueel of samen. Uiteindelijk stelden we het effect van deze activiteiten vast. Daarnaast voerden we tientallen gesprekken met betrokkenen en bestudeerden we achterliggende documentatie die aanvullende inzichten opleverden.

De conclusie van ons onderzoek is dat de bestrijding van zorgfraude in de praktijk niet of nauwelijks werkt; er is sprake van een zorgelijk gebrek aan daadkracht. Dat concluderen we omdat wij hebben gezien dat de gezamenlijke aanpak zelfs bij de sterkste signalen van zorgfraude weinig opleverde. In de meeste gevallen deden de organisaties die verenigd zijn in de Taskforce Integriteit Zorg (TIZ) onvoldoende om vast te stellen of er daadwerkelijk fraude werd gepleegd. Als de fraude wél werd aangetoond, leidde dit er meestal niet toe dat de fraudeur ermee stopte of zelfs ook maar aanmerkelijk werd gehinderd.

In ons onderzoek zagen we dat organisaties onderling veel informatie over mogelijke fraude met elkaar uitwisselen. Mede doordat moet worden voldaan aan de juridische delingsgronden verloopt dat vaak moeizaam. Maar een belangrijker

hindernis is dat de TIZ-organisaties die zorgfraude bestrijden in onze casussen bijna nooit vervolgstappen zetten tot zinvolle actie. Individuele zorgverzekeraars en gemeenten zijn actiever maar missen de mogelijkheden om duurzaam in te grijpen. De beoogde en afgesproken 'integrale aanpak' komt niet uit de verf. Daarin gaat het om de afweging welke van de verschillende instrumenten of combinaties hiervan (civiel recht, bestuursrecht, strafrecht, et cetera) het beste kunnen worden ingezet om de fraude tegen te gaan. Het ontbreekt vooral aan regie en tijdige acties om fraude aan te tonen en interventies te doen. De organisaties werken niet goed met elkaar samen. Ze handelen meestal vanuit hun individuele rolopvatting en er is geen gezamenlijk perspectief. Daardoor laten ze nogal eens signalen of vermoedens van fraude lopen.

Ten slotte realiseren we ons dat degenen die zorgfraude moeten bestrijden, moeten werken in een ingewikkeld stelsel van bekostiging en toezicht. Dit stelt extra eisen aan de onderlinge samenwerking. Toch zijn wij er in ons onderzoek van overtuigd geraakt dat organisaties in het bestaande stelsel meer kunnen doen dan ze nu doen.

We bevelen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport daarom het volgende aan:

- Houd toezicht op de naleving van de verantwoordelijkheden en afspraken over inzet en prestaties van de organisaties die rechtstreeks onder uw ministeriële verantwoordelijkheid vallen (IGJ en NZa) of als opdrachtnemer voor u werken (Arbeidsinspectie). Stuur direct bij als afspraken niet worden nagekomen.
- Maak sluitende afspraken met de minister van Financiën en de minister van Justitie en Veiligheid over de beschikbare inzet en de na te streven prestaties van Belastingdienst en FIOD respectievelijk het Openbaar Ministerie.
- Zorg ervoor dat de partijen in de uitvoering expliciet afspreken wie bij sterke signalen van fraude de regie op de opvolging neemt, zodat ze sneller en waar nodig samen in actie komen om fraude aan te tonen en in te grijpen.
- Zorg dat de partijen in de uitvoering alle mogelijkheden benutten die hun binnen de bestaande wettelijke kaders ter beschikking staan.

In een reactie op het conceptrapport zegt de minister voor Langdurige Zorg en Sport onze rapportage te waarderen en deelt ze ons oordeel dat de resultaten van het onderzoek zorgelijk zijn. Onze conclusies en aanbevelingen zijn volgens de minister helder en maken duidelijk dat er actie nodig is. Ze zal de resultaten en aanbevelingen gebruiken om de huidige aanpak van niet-integere zorgaanbieders een impuls te geven. In ons nawoord zeggen we dat de minister in haar reactie laat zien dat ze de resultaten van ons onderzoek serieus neemt.

1.

Over dit onderzoek

1.1 Waarom dit onderzoek?

Nederlanders hechten veel waarde aan goede en betaalbare gezondheidszorg. Het thema eindigt steevast bovenin lijstjes over wat burgers belangrijk vinden (SCP 2020). Niet zo vreemd dus dat er onrust ontstond toen media vanaf 2018 steeds nadrukkelijker gingen berichten over ondernemers in de zorg die het niet zo nauw nemen met de regels. Vooral het optreden van zogenoemde ‘zorgcowboys’ die hoge winsten behaalden, riep groot ongenoegen op, ook in de Tweede Kamer. Waren zulke winsten wel rechtmatig verkregen? En moest dit geld uit publieke middelen niet in de zorg zelf gestoken worden? Daarnaast speelde de vrees dat kwetsbare burgers de dupe werden van frauderende zorgaanbieders. De aanpak van zorgfraude is inmiddels een prioriteit geworden van het nieuwe kabinet (Regeerakkoord 2021).

Wat is zorgfraude?

Zorgfraude is een verzamelnaam voor diverse onwenselijke zaken. De overheid spreekt hiervan als iemand *opzettelijk* en doelbewust *in strijd met de regels* in de zorg handelt met het oog op eigen of andermans *financieel gewin*. Het kan zijn dat een zorgaanbieder meer zorg declareert dan hij daadwerkelijk levert. Ook kunnen indicaties voor de benodigde zorg met opzet zijn verhoogd, om zo meer inkomsten te genereren. Soms komt het zelfs voor dat een aanbieder helemaal geen zorg levert, terwijl er wel voor wordt betaald.

Hoe groot is de zorgfraude in Nederland? Goede cijfers zijn er niet, alleen een ruwe schatting: ten minste enkele miljarden euro's aan frauduleuze declaraties in de zorg per jaar (Fenger e.a. 2018). Sinds 2013 neemt de minister van VWS specifieke maatregelen om zorgfraude te bestrijden. De meeste van de bovengenoemde 'zorgcowboys' waren volgens hem bijvoorbeeld al in "in beeld" bij een van de verantwoordelijke instanties (VWS 2019). Maar de Tweede Kamer kreeg geen duidelijkheid over wat er vervolgens precies met indicaties van zorgfraude gebeurde. Wordt zorgfraude effectief aangepakt? Er zijn geen rapportages die deze vraag duidelijk beantwoorden. Een intern onderzoek van overheidsorganisaties naar de effecten van zorgfraudebestrijding leverde geen concreet beeld op.¹ Daarnaast bereikten de Algemene Rekenkamer signalen over moeizame samenwerking tussen partijen die geacht worden zorgfraude te bestrijden. Wij onderzochten daarom of de aanpak wel doeltreffend is.

1.2 Wat hebben we onderzocht?

In dit onderzoek hebben we 2 vragen voorop gesteld: hoe verloopt de bestrijding van zorgfraude? En is deze aanpak doeltreffend?

Als uit het onderzoek blijkt dat er problemen zijn met de effectiviteit van de zorgfraudebestrijding, dan willen we vervolgens ook weten waar dat aan ligt en wat de gevolgen daarvan zijn.

1.3 Afbakening

De aanpak van zorgfraude bestaat uit verschillende onderdelen die we in hoofdstuk 2 benoemen. Dit onderzoek gaat vooral over het onderdeel handhaving. Over de resultaten hiervan is tot dusver weinig bekend. Maar met de focus op handhaving raakt ons onderzoek vanzelfsprekend ook aan andere onderdelen, zoals controle, samenwerking of preventie.

In dit onderzoek stellen we 3 soorten zorg centraal: wijkverpleging, beschermd en begeleid wonen, en jeugdzorg. Uit voorbereidende gesprekken bleek dat fraudebestrijders deze zorg als kwetsbaar beschouwen. Ook zijn juist in deze zorg, volgens de media, de 'zorgcowboys' actief, frauderende ondernemers die de zorg hebben uitgekozen om snel geld te verdienen.

De keuze voor deze 3 soorten zorg levert bovendien een voordeel op, namelijk dat we 3 belangrijke aspecten van de zorg in ons onderzoek kunnen meenemen:

- financiering van de zorg (via verschillende zorgwetten);
- leveringsvormen (of cliënten gebruik maken van een persoonsgebonden budget of niet);
- verschillende toezichtregimes.

Bij zorgaanbieders zien we overigens dat deze 3 aspecten in hun zorgaanbod vaak door elkaar lopen.

Onze keuze heeft tot gevolg dat we ons onderzoek niet richten op fraude in bijvoorbeeld de mondzorg of de ziekenhuiszorg, die strakker zijn gereguleerd.

Verder is het nog van belang te melden dat er talrijke organisaties – ook regionale en lokale – betrokken zijn bij de bestrijding van zorgfraude. Wij hebben in dit onderzoek in de eerste plaats gekeken naar de landelijke organisaties die zorgfraude bestrijden en daarover afspraken hebben gemaakt (zie het volgende hoofdstuk).

Naar lokale en regionale organisaties keken we op het moment dat die een rol speelden in de casussen die wij onderzochten.

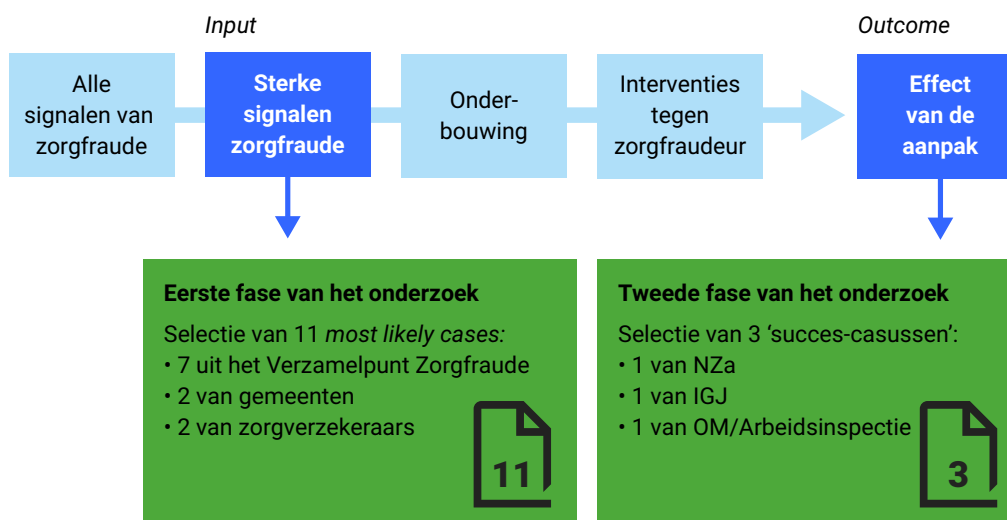
1.4 Benadering en methode

In ons onderzoek is welbewust gekozen voor een ‘bottom-up’-benadering. We namen sterke signalen van zorgfraude als uitgangspunt en onderzochten hoe die in de praktijk een weg vinden in het systeem dat landelijk is opgezet om fraude te bestrijden.

Concreet betekende dit dat we bij 14 casussen waarover sterke signalen van zorgfraude waren binnengekomen zo precies mogelijk analyseerden wat de verschillende partijen in de bestrijding hadden overwogen en gedaan om de mogelijke fraude vast te stellen en vervolgens aan te pakken. Ten slotte bekeken we telkens wat de uiteindelijke effecten van die acties waren.

Figuur 1 *Onderzoek in twee fasen*

Selectie van casussen op vermoedens (input) en effecten (outcome)



Selectie van casussen

In totaal onderzochten we 14 casussen. In de *eerste fase* selecteerden we 11 zaken volgens het principe van 'most-likely-cases': zaken met de sterkste signalen van zorgfraude uit 2018 en 2019 die we ontleenden aan grotere verzamelingen met signalen. Van die casussen mochten we redelijkerwijs verwachten dat de gezamenlijke bestrijders alles in het werk zouden stellen om fraude aan te tonen (of te ontcrachten) en te stoppen. 7 van deze casussen selecteerden we uit het Verzamelpunt Zorgfraude (VPZF) – de plek waar alle signalen van zorgfraude geacht worden samen te komen. Van de 4 andere casussen selecteerden we er 2 op basis van signalen bij individuele zorgverzekeraars en 2 bij gemeentelijke organisaties. Het onderzoek naar dat wat de aanpak opleverde, liep tot halverwege 2021, toen we dit onderzoek afsloten.

In de *tweede fase* onderzochten we ter aanvulling van ons beeld nog 3 individuele casussen: 1 uit het strafrecht (bij het Openbaar Ministerie (OM) en de Arbeidsinspectie), 1 aangedragen door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en 1 van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hier ging het om een ander selectiecriteria, namelijk: casussen die deze partijen als effectief en succesvol beschouwen.

Daarnaast voerden we tientallen gesprekken met betrokkenen en bestudeerden we vele documenten, waaronder verslagen van de overleggen tussen betrokken organisaties.

In bijlage 1 staat een uitgebreidere methodologische verantwoording.

De benadering die wij hebben gekozen betekent dat casuïstiek in dit onderzoek de hoofdrol heeft en dat we op grond van deze casuïstiek lessen trekken voor het systeem om zorgfraude te bestrijden.

1.5 Beschouwing vooraf

Fraudebestrijding is een gevoelig thema. Toen in 2013 een Oost-Europese bende op grote schaal bleek te kunnen frauderen met toeslagen, leidde dat tot grote verontwaardiging. Toen de afgelopen jaren in de ‘toeslagenaffaire’ duidelijk werd dat de Belastingdienst bij de bestrijding van fraude met toeslagen juist onschuldige en vaak kwetsbare burgers “ongekend onrecht” had aangedaan was de verontwaardiging nog groter (Tweede Kamer 2020b). Bij de aanpak van fraude moet de overheid balanceren tussen de bestrijding van misbruik en dienstverlening aan burgers en bedrijven. In dit onderzoek hebben we geprobeerd ons hiervan zo goed mogelijk rekenschap te geven. Daarbij moeten we wel opmerken dat er een belangrijk verschil is in de relatie tussen overheid en burgers: in de ‘toeslagenaffaire’ werden burgers die vaak kwetsbaar waren het slachtoffer van doorgeslagen fraudebestrijding door overheidsorganisaties. In het geval van fraude door zorgaanbieders gaat de bestrijding van fraude door publieke partijen juist eerder hand in hand met de bescherming van kwetsbare burgers. In diverse casussen die wij onderzochten bleek ook sprake van verwaarlozing van patiënten, onveiligheid, intimidatie of geweld.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zetten we uiteen hoe de bestrijding van zorgfraude er in grote lijnen uitziet. In hoofdstuk 3 komen we op grond van ons onderzoek tot een oordeel over de doeltreffendheid van de zorgfraudebestrijding. De oorzaken van de geconstateerde problemen bespreken we in hoofdstuk 4, 5 en 6. In hoofdstuk 7 besluiten we dit rapport met conclusies en aanbevelingen. Tussen de hoofdstukken door presenteren we korte beschrijvingen van een deel van de *most-likely*-casussen die we in de eerste fase onderzocht hebben.

Casus A – Een GGZ-instelling op de ‘Pointerlijst’

Eind december 2019 verscheen een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg op een lijst van zorgaanbieders met onverklaarbaar hoge winstpercentages. Het tv-programma *Pointer* maakt deze lijst op basis van de openbare jaarcijfers, in samenwerking met *Reporter Radio* en *Follow the Money*. De GGZ-instelling behaalde 2 jaar achtereenvolgende winsten van vele tientallen procenten

ten opzichte van de omzet. Op zichzelf is dat niet verboden, maar het roept wel klemmende vragen op over de besteding van publieke middelen die voor zorg zijn bedoeld.

Bij enkele samenwerkende gemeenten in de regio die zorg inkochten bij deze organisatie, bracht de informatie beroering teweeg. Ze vroegen om opheldering, stelden een cliëntenstop in en besloten tot een onderzoek. Dat onderzoek besteedden de gemeenten uit aan een gespecialiseerd bureau. Dat bureau wees naast de hoge winsten op lage personeelskosten, een vermoedelijk grote dividenduitkering en uitte een vermoeden van *upcoding*. Voor het grootste deel van de cliënten werd namelijk gespecialiseerde zorg gedeclareerd. Er was twijfel of dat in die gevallen wel nodig was.

Als gevolg van de 'Pointerlijst' kwam de zorgaanbieder ook in het vizier van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). De IGJ had kort daarvoor al informatie ontvangen over de administratie van de GGZ-instelling. Die liet de instelling doen door een bedrijf met een in de ogen van medewerkers van IGJ twijfelachtige reputatie. IGJ vroeg de aanbieder waarom er meer winst werd gemaakt dan de 10 procent "bovengrens" die de Inspectie hanteert voor winst die ze "gebruikelijk" acht. Tijdens een bedrijfsbezoek kreeg IGJ bijgestelde cijfers gepresenteerd, die nog steeds een winst van ver boven die bovengrens lieten zien. Ook kreeg IGJ antwoorden die – zoals wij achteraf in ons onderzoek constateren – niet strookten met de toen al beschikbare financiële gegevens. IGJ zag indertijd echter onvoldoende aanleiding om diepgravender onderzoek naar de boeken uit te voeren of te laten uitvoeren. Ze drong alleen aan op het in orde brengen van de administratie. En toen gemeenten daarom vroegen wilde IGJ geen informatie verstrekken, zolang het toezicht nog liep.

Zelf deelden de gemeenten hun bevindingen wel met het Informatieknooppunt Zorgfraude (IKZ). Maar de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) legde dit signaal naast zich neer omdat ze de conclusie trok dat het hier voornamelijk gemeentelijk gefinancierde hulp was die niet onder toezicht van de NZa valt. Die conclusie was onjuist. Zoals toen al bekend, betrof het grootste deel verzekerde zorg via de Zorgverzekeringswet. Bij sluiting van ons feitenonderzoek hadden de NZa en IGJ onderling nog geen contact gehad over deze zaak.

2.

Aanpak van zorgfraude

In dit hoofdstuk beschrijven we op hoofdlijnen de aanpak van zorgfraude die de minister van VWS heeft ontwikkeld en met de Tweede Kamer gedeeld. Wie worden geacht bij te dragen, wat moeten ze bewerkstelligen en op welke manier? Daarbij beperken we ons tot die aspecten die we relevant achten voor dit onderzoek.

2.1 Organisatie

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de bestrijding van zorgfraude.² Hij nam daartoe initiatieven waarvan we de belangrijkste bespreken.

2.1.1 Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ)

In 2013 stelde de minister de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) in op basis van een convenant tussen de organisaties die, elk met hun eigen taken en bevoegdheden, gezamenlijk streven naar een effectieve bestrijding van zorgfraude. Onder voorzitterschap van VWS zetten deze organisaties de grote lijnen uit voor de bestrijding van zorgfraude (zie het tekstkader).

Organisaties die zorgfraude bestrijden (leden TIZ)

- De *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZa) houdt toezicht op het gedrag van alle zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren in de curatieve en langdurige zorg. Het gaat onder meer om toezicht op declaraties en administratie.
- De *Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd* (IGJ) ziet toe op de veiligheid en kwaliteit van zorg. Ook transparante financiële bedrijfsvoering en het verbod op winstoochmerk vielen tot 1 januari 2022 onder haar toezicht.

- Het *Openbaar Ministerie* (OM) is verantwoordelijk voor de strafrechtelijke handhaving. Officieren van justitie geven leiding aan opsporingsonderzoeken en sturen politie of speciale opsporingsdiensten aan. De meeste zaken vallen onder het landelijk georganiseerde *Functioneel Parket* (FP).
- De Recherche Zorg van de Opsporingsdienst van de *Nederlandse Arbeidsinspectie* is de “primaire” opsporingsdienst in de zorg, in opdracht van de minister van VWS en onder het gezag van het Openbaar Ministerie.³
- Ook de *Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst* (FIOD) moet bijdragen aan de zorgfraude-opsporingsonderzoeken, onder gezag van het OM. De FIOD is onderdeel van de Belastingdienst en richt zich op fiscale fraude, witwassen of faillissementsfraude.
- De *Belastingdienst* verzorgt de heffing en inning van rijksbelastingen en de uitbetaling van toeslagen. De organisatie is ook verantwoordelijk voor de naleving van de regels die daarmee gepaard gaan.
- Het *Centrum Indicatiestelling Zorg* (CIZ) is verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor de Wet langdurige zorg (Wlz). Het CIZ kan indicaties heroverwegen.
- De *Sociale Verzekeringsbank* (SVB) betaalt de persoonsgebonden budgetten (pgb's) uit aan mensen die zorg krijgen. De SVB heeft dus informatie over pgb's.
- *Zorgverzekeraars Nederland* (ZN) vertegenwoordigt de zorgverzekeraars en de daaraan verbonden zorgkantoren die zorg inkopen voor respectievelijk de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorgverzekeraars zitten als financiers⁴ aan de 'geldkraan', hebben een wettelijke taak te controleren of declaraties rechtmatig zijn en moeten tegen fraude optreden.
- De *Vereniging van Nederlandse Gemeenten* (VNG) vertegenwoordigt de gemeenten die bij aanbieders zorg inkopen voor de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Ook gemeenten zitten aan de geldkraan en zijn verantwoordelijk voor de rechtmatigheid van dit deel van de zorgfinanciering.

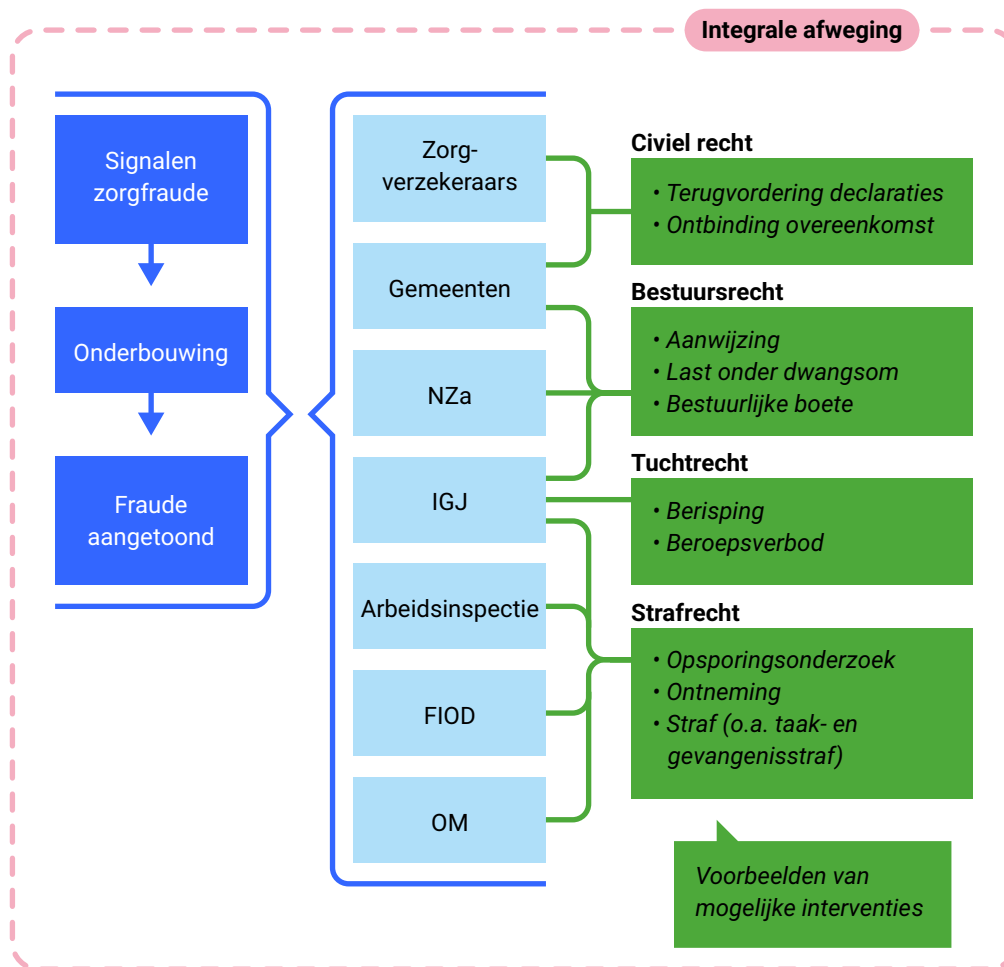
Voor ons onderzoek hebben wij bij al deze organisaties gesprekken gevoerd en informatie opgevraagd. Bij individuele gemeenten of zorgverzekeraars vroegen we informatie op zodra dit relevant was voor het onderzoek.

2.1.2 Verschillende rechtsgebieden

Indien we in dit onderzoek de term 'fraude' of 'fraudeur' hanteren, bedoelen we dat niet uitsluitend in strikt strafrechtelijke zin. De aanpak van fraude gaat uit van optreden door bovengenoemde organisaties in diverse rechtsgebieden, die elk hun instrumenten kennen. Figuur 2 geeft daarvan een vereenvoudigd overzicht.

Figuur 2 Overzicht van processen, partijen, rechtsgebieden en interventies⁵

Partijen kunnen bij (signalen van) zorgfraude gebruik maken van verschillende vormen van interventies en recht



Van fraude of fraudeur spreken we als een partij dat binnen zijn eigen mogelijkheden heeft aangetoond en op basis daarvan tot verdere interventies kan overgaan, los van een eventuele gerechtelijke procedure. Wij beperken het gebruik van de termen fraude en fraudeur dus niet tot die gevallen waarin de strafrechter een uitspraak heeft gedaan. Indien geen van de organisaties fraude heeft aangetoond, spreken we van een vermoedelijke of mogelijke fraude of fraudeur.

2.1.3 Programma Rechtmatige Zorg I en II

Mede namens de TIZ-leden stuurde de minister van VWS in 2015 het *Programmaplan Rechtmatige Zorg – Aanpak van Fouten en Fraude 2015-2018* naar de Tweede Kamer, in 2018 gevolgd door het *Programma Rechtmatige Zorg 2018-2021* (VWS 2015 en VWS 2018). De aanpak richt zich dus op meer dan alleen fraude. Ook het onbedoeld maken van fouten maakt er deel van uit, maar daar gaat dit onderzoek niet over. Bij het schrijven van dit rapport in het voorjaar van 2022 werkte de TIZ nog aan een vervolg.

De programma's leggen de nadruk op een gezamenlijke aanpak die meer zou moeten zijn dan de som der delen. Het eerste programma deelde het werkterrein op in 4 hoofdthema's: preventie, controle, handhaving en 'ketenbrede' samenwerking. In dit onderzoek zijn vooral de laatste 3 thema's relevant. Het tweede programma legde vervolgens de focus op 5 kwetsbare onderwerpen: medisch-specialistische zorg, mondzorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging en persoonsgebonden budgetten (pgb's). In ons onderzoek gaan we vooral in op de 3 laatstgenoemde onderwerpen.

2.2 Doel van de aanpak

In het ideale geval leidt de aanpak van zorgfraude ertoe dat alle fraude in de gezondheidszorg verdwijnt. Voor een realistische verwachting leggen we de lat iets lager. Het kabinet Rutte III formuleerde het zo: "Ons doel is in deze kabinetsperiode de onrechtmatigheden in de zorg fors te verminderen" (VWS 2018).⁶ Dit zou het resultaat moeten zijn van de gezamenlijke inspanningen op alle relevante terreinen. Ook die van de handhaving, waar we ons in dit onderzoek vooral op richten. Daarom citeren we hier het doel van handhaving zoals dit is omschreven in het programma *Rechtmatige Zorg*: "Tijdig signaleren en actief verzamelen van vermoedens van fouten en fraude leidt op basis van gedegen onderzoek tot passende maatregelen".

2.3 Handhaving

Na de vraag wie verantwoordelijk zijn voor de bestrijding van zorgfraude en de vraag wat het doel ervan is, volgt nu de vraag hoe de organisaties afgesproken hebben de fraude te bestrijden.

Dit staat beschreven in het *Strategisch Handhavingskader Zorg* dat de minister van VWS voorjaar 2015 naar de Tweede Kamer stuurde en dat in 2017 een update kreeg (VWS 2015a en 2017). Dit document, een afspraak tussen alle organisaties in de TIZ, beschrijft de uitgangspunten, doelstellingen en werkwijze om naleving van

wetten en regels in de zorg te bevorderen. Het toont dus de manier waarop de gezamenlijke handhaving zou moeten werken.

2.3.1 Oppikken, delen en verrijken van signalen

Volgens het *Handhavingskader Zorg* moet de handhaving zich baseren op “goede en gebundelde informatie”. Bij het bepalen van de juiste handhavingsaanpak speelt “het verzamelen, het uitwisselen en het analyseren van informatie (...) een belangrijke rol”. Die uitwisseling tussen organisaties kan niet onbeperkt, maar is gebonden aan (wettelijke) regels en afspraken. Om het delen van informatie te faciliteren hebben de TIZ-organisaties het Informatieknooppunt Zorgfraude (IKZ) opgericht. Bij dit publiekrechtelijk samenwerkingsverband beheren de medewerkers (de meesten zijn gedetacheerd vanuit de TIZ-organisaties) het Verzamelpunt Zorgfraude (VPZF) waarin de deelnemers signalen van zorgfraude uitwisselen. Die signalen komen bijvoorbeeld van het fraudemeldpunt van de NZa, van zorgverzekeraars of zorgkantoren, van toezichthouders, gemeenten, politie of bijzondere opsporingsdiensten. Het IKZ verrijkt waar mogelijk deze signalen door er beschikbare informatie aan toe te voegen. Ook organiseert het IKZ wekelijks een ‘integraal wegingsoverleg’ (IWO). Daarin bekijken IKZ-partners gezamenlijk met wie de binnengekomen informatie moet worden gedeeld. Soms faciliteert het IKZ ‘casustafels’ waarbij betrokken organisaties dieper op een zaak in kunnen gaan.

2.3.2 Optreden en interveniëren

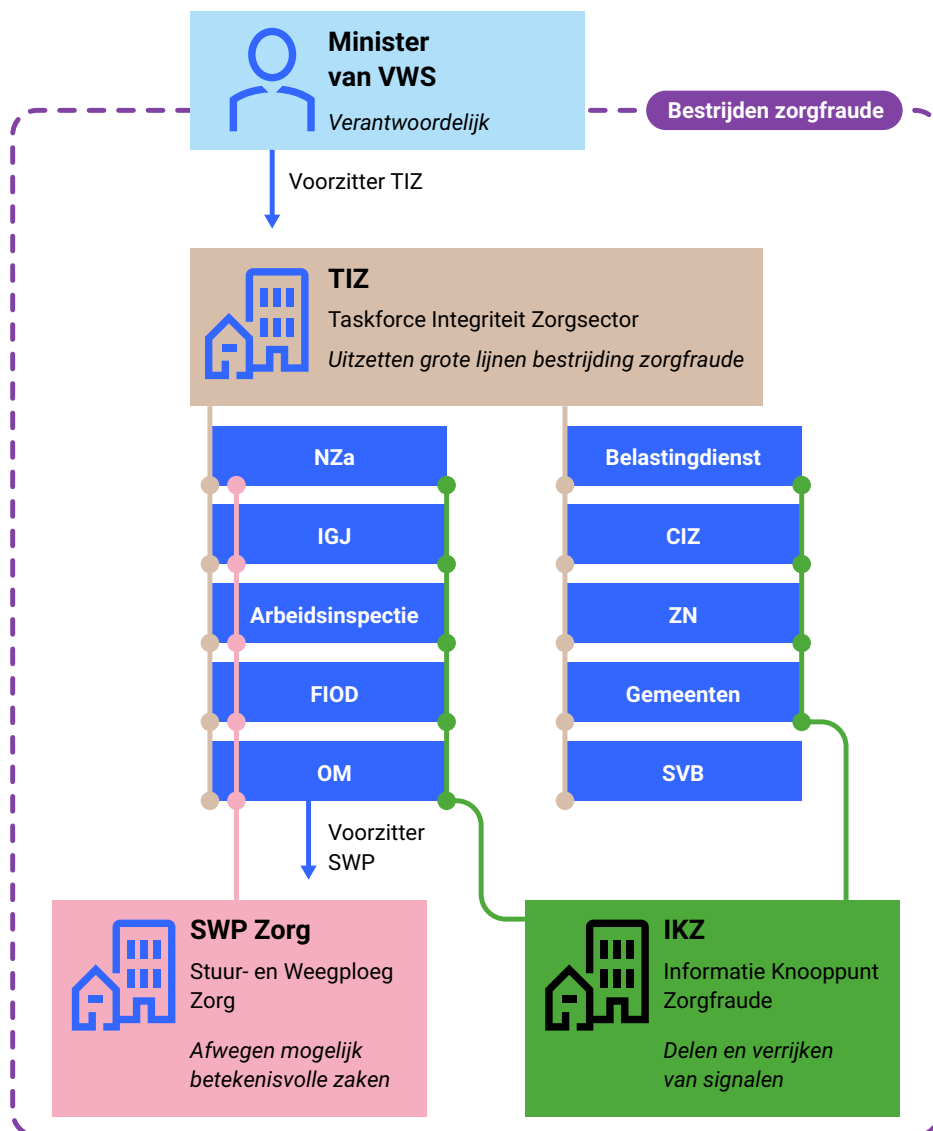
Vervolgens moeten de fraudebestrijders in actie komen. In de beleidsstukken over handhaving staat daarbij een ‘integrale aanpak’ centraal (VWS 2015; VWS 2015a; VWS 2017 en VWS 2018). “In een integrale aanpak kan het ene handhavingsinstrument niet los worden gezien van het andere”, zo stelt het *Programma Rechtmatige Zorg*: “Het instrumentarium van de handhavingsorganisaties wordt daarbij goed op elkaar afgestemd en gewogen, zodat er effectief kan worden geïntervenieerd”. Voor zo’n aanpak is regie nodig en moeten de organisaties gezamenlijk per casus afwegingen maken (VWS 2018).

Het *Handhavingskader* vult dit principe verder in: gezamenlijk stellen de partijen risico- en sectoranalyses op en daar waar risico’s worden gezien ontwerpen ze gezamenlijke handhavingsstrategieën. “De kracht van de aanpak zit in de samenhang en synergie: het inzetten van een goede mix van instrumenten die elk van de ketenpartners heeft. Door een integrale aanpak en door de mix van handhavingsinstrumenten goed op elkaar af te stemmen, kunnen deze elkaar ondersteunen en versterken, zodat de aanpak als geheel meer effect sorteert.” De keuze voor het soort instrument “hangt mede af van de urgentie en het beoogde effect van de maatregelen”.

Als dit passend en effectief is, wordt het strafrecht ingezet als *optimum remedium*, stelt het *Handhavingskader*. Partijen bepalen dit “situationeel” in samenhang met andere vormen van toezicht. Ook een combinatie van instrumenten behoort tot de mogelijkheden, als dit de effectiviteit vergroot (VWS 2015a en VWS 2017). Waar het IKZ aangewezen is voor het verrijken en toedelen van signalen, heeft de Stuur- en Weegploeg Zorg (SWP) een deel van de regie op de vervolgstappen. De SWP is een maandelijks overleg onder voorzitterschap van het OM waaraan de NZa, IGJ, de Arbeidsinspectie en de FIOD deelnemen. De overlegpartners bespreken “mogelijk betekenisvolle signalen” en nemen besluiten over de afhandeling ervan (VWS 2015a en 2017). In § 4.1 en § 4.2 gaan we dieper in op de rol van het IKZ en de SWP.

Figuur 3 Partijen en overlegorganen bij bestrijding van zorgfraude

De minister van VWS is verantwoordelijk voor de bestrijding van zorgfraude waarin partijen hun eigen rol en verantwoordelijkheden hebben



2.4 Verwachtingen

Tot zover de opzet. In de volgende hoofdstukken beschrijven we de praktijk van de zorgfraudebestrijding. Op grond van het voorgaande verwachten we dat fraudebestrijdende organisaties de zorgfraude feitelijk en duurzaam terugdringen, als resultaat (*outcome*) van hun gezamenlijke inspanningen. Concreet betekent dit dat in casussen met de sterkste signalen van zorgfraude goed wordt uitgezocht of hier inderdaad fraude is gepleegd, en dat een fraudeur na het aantonen van fraude wordt gestopt, of toch ten minste aanmerkelijk wordt gehinderd in de uitoefening van de gewraakte praktijken.

Die verwachting stelt de nodige eisen aan de effectiviteit van de handhaving. Wie fraude daadwerkelijk en blijvend wil terugdringen, moet passende en samenhangende maatregelen nemen en moet een mogelijke fraudeur na het aantonen van fraude met de juiste interventies aanpakken. Dit om te voorkomen dat de fraude met publieke gelden doorgaat en dat kwetsbare patiënten de zorg die zij nodig hebben niet krijgen. De praktijk van de zorgfraudebestrijding toetsen we bovendien aan een reeks normen die we vooraf voor commentaar hebben voorgelegd aan betrokken organisaties (zie bijlage 2).

Met deze verwachting hebben we naar de praktijk gekeken.

Casus B – Een groot netwerk met vele zorgondernemingen

In Nederland zijn netwerken actief van zorgondernemingen in wijkverpleging, beschermd wonen en jeugdzorg die we terug kunnen voeren op twee personen die onderling ook verbonden zijn.

De eerste signalen over zorgfraude kwamen al binnen in 2014, maar vanaf 2017 circuleerden er steeds vaker meldingen binnen het IKZ. Over een van die ondernemingen vond overleg binnen IKZ plaats, maar het grotere verband tussen de zorgondernemingen bleef nog buiten beeld.

Terwijl een van de zorgaanbieders onder toezicht stond van IGJ, besloot een gemeente eind 2017 onderzoek te doen omdat ze de inspectie te traag vond en zorgen had over gevaarlijke situaties, drugsgebruik en fraude. Ook enkele zorgverzekeraars begonnen rond die tijd onderzoeken, nadat cliënten van een tweede zorgverlener plotseling allemaal overstapten naar een derde en een vierde. Ze toonden fraude aan en dat leidde tot enkele geïsoleerde terugvorderingen.

Pas vanaf begin 2019 benaderden de fraudebestrijders de zorgaanbieders als een netwerk. De gemeente die al eerder onderzoek deed, drong eerst aan op overleg in een Regionaal Informatie en Expertise Centrum (RIEC), een regionaal overleg voor aanpak van ondermijnende criminaliteit (aanvankelijk vanwege het vermoeden van hennepsteelt). Al snel werd dat overleg overbodig geacht omdat het IKZ inmiddels 'casustafels' organiseerde waar deels dezelfde organisaties aanzaten. De notulen laten echter zien dat ze niet tot een gezamenlijke aanpak konden komen. Organisaties wezen naar elkaar of blokkeerden samenwerking. Uiteindelijk ging ieder zijn eigen weg. IGJ gaf een sein veilig af voor een van de ondernemingen, ondanks kennis van de ernstige signalen; de NZa deed geen interventies en de Arbeidsinspectie liet vermoedens liggen na een zeer beperkt vooronderzoek. De gemeente slaagde er met grote moeite in een deel van de zorg af te bouwen, maar ervoer nauwelijks hulp.

Pas toen eind 2020 de Financial Intelligence Unit (tegen witwassen) op eigen initiatief een verdachte geldstroom van vele miljoenen euro's rond de bedrijven in het netwerk blootlegde, pakte het OM en de Arbeidsinspectie de kwestie echt op. Begin 2021 kwam de zaak in de Stuur- en Weegploeg Zorg, maar die stuurde de zaak terug naar de Arbeidsinspectie omdat eerst duidelijk moest worden welke informatie bij partners bekend was en of samenwerking mogelijk was. Vragen waar men op dat moment al enkele jaren mee bezig was. Geheel los hiervan lag er bij het OM op dat moment ook een belastingzaak van de FIOD, over een netwerk dat personele banden heeft met het hiervoor beschreven netwerk.

De personen achter de netwerken zijn, voor zover ons bekend, nog steeds actief.

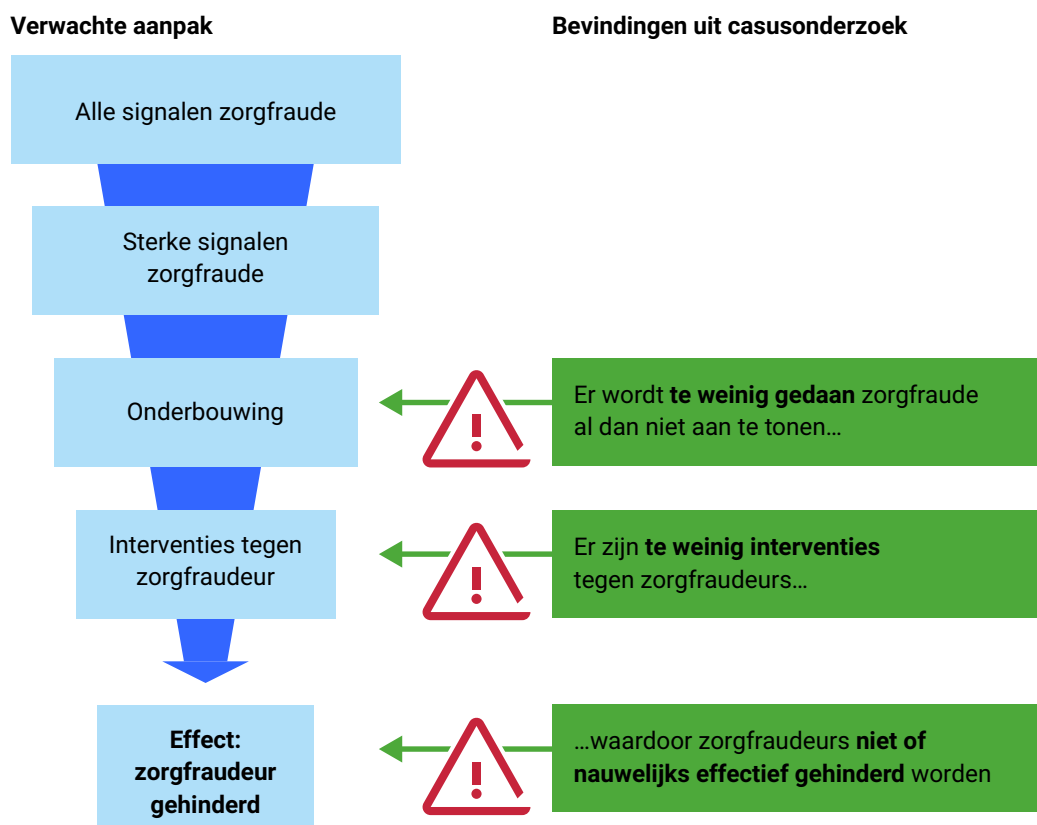
3.

Effectiviteit van de bestrijding

Op grond van ons onderzoek komen we tot de conclusie dat de bestrijding van zorgfraude – en dan vooral de handhaving – niet of nauwelijks doeltreffend is. In de praktijk blijkt de aanpak weinig op te leveren, zelfs bij de sterkste signalen van fraude. In dit hoofdstuk lichten we onze conclusie toe.

Figuur 4 Aanpak zorgfraude in vergelijking met resultaten casusonderzoek

In de praktijk blijkt de aanpak niet of nauwelijks effectief



3.1 Onderbouwing van vermoedens

Van elke casus hebben we een gedetailleerde reconstructie gemaakt. Hierbij zagen we dat in casussen waar fraude niet of nog niet bleek te zijn aangetoond, de landelijke TIZ-organisaties niet goed genoeg hadden onderzocht of er wel of niet sprake was van zorgfraude. Zo'n onderzoek is meestal een voorwaarde om te kunnen bepalen welke interventies nodig zijn. Zo komen er over een aanbieder in Zuid-Nederland al sinds 2017 signalen binnen over zorgfraude (en over mogelijk gelieerde bedrijven al sinds 2013). De TIZ-organisaties deelden die informatie. Pas recent zijn sommige van de TIZ-organisaties actiever geworden, maar van gerichte actie om goed uit te zoeken of er zorgfraude is gepleegd is het nog nauwelijks gekomen.

Een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg prijkte op de lijst van het tv-programma *Pointer* van zorgaanbieders met onverklaarbaar hoge winsten (zie casus A). De NZa legde het signaal naast zich neer omdat de marktautoriteit, ten onrechte, oordeelde dat het hier vooral ging om gemeentelijke financiering van de zorg. IGJ bezocht de zorgaanbieder wel, maar stelde geen boekenonderzoek in, terwijl de jaarrekeningen daar volgens ons wel aanleiding voor gaven.

3.2 Resultaten van handhaving

Uit de reconstructies blijkt verder dat als fraude wel werd aangetoond, dit er meestal niet toe leidde dat de fraudeur stopte of aanmerkelijk werd gehinderd. In de casus over een wijdvertakt netwerk van zorgaanbieders (in vooral jeugdzorg en wijkverpleging), waarover sterke signalen van zorgfraude binnenkwamen en mogelijk andere criminele activiteiten speelden, zien we dat landelijke TIZ-organisaties vanaf begin 2019 in overleg met elkaar waren over deze zaak. Maar bij de afsluiting van dit onderzoek was er nog geen duidelijke actie ondernomen en duurden de gesprekken nog voort (zie casus B).

Daar waar de handhaving wel effectief was, was dat in de door ons onderzochte gevallen zelden het gevolg van handelen van landelijke TIZ-organisaties. In een casus in Gelderland stopten een gemeente en een zorgverzekeraar na het vaststellen van fraude onafhankelijk van elkaar de financiering van een aanbieder van ondersteunende begeleiding. Landelijke partijen grepen echter niet in, waardoor de zorgaanbieder in kwestie in andere gemeenten en zorgdomeinen nog steeds actief is (zie casus C).

3.3 Doeltreffendheid van bestrijding

In hoeverre bovenstaande conclusies ook algemeen kunnen gelden, wordt vooral bepaald door de selectie van casussen. In dit onderzoek reconstrueerden we de effecten die partijen bereikten in een reeks zaken met sterke signalen van zorgfraude. Van die casussen mochten we verwachten dat de gezamenlijke bestrijders hun best zouden doen om goed uit te zoeken of er fraude werd gepleegd, en, mocht fraude aantoonbaar zijn, deze te stoppen. Het ging zelfs om de *most-likely-cases* uit de bronnen die we daarvoor raadpleegden. De casussen dus waar de hierboven genoemde verwachting over de te bereiken resultaten het meest gerechtvaardigd was. Omdat we in de praktijk echter zagen dat de aanpak van zorgfraude zelfs bij deze sterkste signalen weinig opleverde, trekken we de conclusie dat de aanpak niet of nauwelijks doeltreffend is.

Most-likely-cases en de 'omgekeerde Sinatra-gevolgtrekking'

Op grond van de uitkomsten uit ons casuonderzoek trekken we de conclusie dat de aanpak van zorgfraude – op de eerste plaats de handhaving – ook in algemene zin niet of nauwelijks doeltreffend is. Hiervoor maken we gebruik van de wat door wetenschappers *inverse Sinatra inference* wordt genoemd en die samenhangt met onderzoek naar *most-likely-cases: if I cannot make it there, I cannot make it anywhere* (Levy, 2008). Vertaald naar dit onderzoek: als de TIZ-organisaties er zelfs in deze gevallen met de sterkste fraudesignalen niet in slagen fraude effectief aan te pakken, is het niet aannemelijk dat dat wel gebeurt in gevallen met minder sterke signalen.

Deze hoofdconclusie roept de vraag op: in hoeverre is het belangrijk dat we alleen casussen hebben onderzocht in de domeinen wijkverpleging, beschermd en begeleid wonen, en jeugdzorg? De zorg bestaat immers uit meer soorten van dienstverlening. Het antwoord op deze vraag is: we hebben deze keuze gemaakt omdat deze soorten zorg gezien worden als zeer kwetsbaar voor fraude. De vraag naar de effectiviteit van fraudebestrijding is hier dus het meest relevant, en hier verwachten we het meest van de handhaving. Zelfs als zou blijken dat de bestrijding van zorgfraude bij andere zorgtypen beter verloopt, zou dat onze hoofdconclusie niet wezenlijk veranderen.

3.4 Geobserveerde effecten

Deze conclusie betekent niet dat de fraudebestrijdende organisaties niets doen of dat er nergens effecten te zien zijn. De bestrijders zijn allemaal actief, ze houden toezicht, vragen allerhande informatie op, beginnen soms zaken tegen een vermoedelijke fraudeur. Maar nu we in onze stevige casussen zo weinig blijvende effecten aantreffen, kan wel de fundamentele vraag gesteld worden of deze organisaties de juiste dingen doen.

De effecten die wel uit dit onderzoek blijken, komen in de eerste plaats van de financiers van de zorg, die ook die taak hebben omdat ze aan de geldkraan zitten. Zorgverzekeraars en gemeenten beheren de beschikbare budgetten en moeten de juiste bedragen aan de juiste organisaties overmaken. Als dat niet goed gaat, zetten ze betalingen stop en vorderen ze geregeld al betaalde gelden terug (zie ook § 5.5 en § 5.6), maar hun mogelijkheden om fraudeurs echt af te stoppen zijn beperkt. Frauderende zorgaanbieders kunnen vrij makkelijk hun activiteiten onder een andere naam doorstarten, verplaatsen naar andere gemeenten of andere vormen van zorg. We zagen dat verzekeraars en gemeenten in de zaak van het grote netwerk enkele keren met enig succes contracten stopzetten, maar de fraudeurs bleven onder steeds nieuwe namen actief in de zorg (zie casus B). Om fraudeurs echt aanmerkelijk te hinderen of zelfs te laten stoppen, zijn meestal landelijke TIZ-organisaties nodig.

Ook zagen we effecten die we niet kunnen toeschrijven aan de landelijke TIZ-organisaties. In een van de casussen deed de politie een paar jaar geleden een inval bij een instelling voor beschermd wonen in het oosten van Nederland, en arresteerde de bestuurder. Dit vloeiende voort uit onderzoek van een gemeentelijke sociale recherche onder leiding van een arrondissementsparket. Dit liep buiten de TIZ-organisaties om. Deze persoon is niet meer actief. Intussen loopt er nog een strafzaak, ondanks het advies van het landelijke functioneel parket om de zaak te laten vallen omdat een vergelijkbare zaak voor de rechter was stukgelopen.

3.5 Relativering van effecten

Omdat de effecten in de eerste 11 casussen veelal ontbraken, vroegen we in de tweede fase van ons onderzoek centrale landelijke TIZ-organisaties – het strafrecht (het OM en de Arbeidsinspectie), de NZa en IGJ – ieder een zorgfraudecasus voor te dragen waar naar hun eigen inschatting wél maximaal effect was behaald in de strijd tegen zorgfraude. Ook in die 3 ‘succescasussen’ onderzochten we het verloop

vanaf sterke fraudesignalen tot het uiteindelijke resultaat. Op basis daarvan kwamen we tot de conclusie dat we een deel van de effecten die zij rapporteerden moeten relativëren, omdat ze op basis van ons onderzoek op zijn minst onduidelijk waren.

In een van deze casussen ging de zorgaanbieder failliet, vermoedelijk door doortastend ingrijpen van IGJ met bezoeken, aanwijzingen en dwangsommen. Hoewel het Openbaar Ministerie de kans “evident” noemde dat de vermoedelijke fraudeurs “gewoon doorgaan”, gaf het OM geen gehoor aan het verzoek van IGJ om de fraude strafrechtelijk aan te pakken. Dit vanwege moeilijke bewijsvoering en gebrek aan capaciteit bij de Arbeidsinspectie. Een witwasonderzoek dat wel startte naar een betrokkene bij ditzelfde bedrijf, bij wie drugs en veel contant geld waren gevonden, werd gestaakt omdat de zaak uiteindelijk niet binnen de “doelstelling” van het politieteam paste. De verdachte is niet vervolgd.

In een andere casus veroordeelde de rechter de fraudeverdachten in eerste aanleg tot langdurige gevangenisstraffen. De verblijfplaats van de veroordeelden is echter niet bekend, de voor zorg bestemde gelden zijn in buitenlands vastgoed gestoken en zijn vermoedelijk niet terug te vorderen. Dit soort relativeringen raken aan de effectiviteit van het strafrecht in meer algemene zin. Maar ze onderschrijven ook onze kritische conclusie over de effectiviteit van de aanpak van zorgfraude.

3.6 Pakkans bij zorgfraude

Dat ons onderzoek laat zien dat de bestrijding van fraude zelfs bij de sterkste signalen weinig opleverde, wijst erop dat de pakkans bij zorgfraude laag is. De kans om tegen de lamp te lopen is al klein, de kans dat een overtreder daar stevige gevolgen van ondervindt al helemaal. Hoe laag de pakkans is, is niet precies in cijfers uit te drukken. De TIZ heeft in 2017 het project *Sturen op Effect* in het leven geroepen dat onder meer probeerde de effecten van de bestrijding van zorgfraude kwantitatief in kaart te brengen. Dat lukte niet doordat verschillende TIZ-organisaties geen bruikbare cijfers opleverden. De focus van dat project – inmiddels overgenomen door het IKZ – ligt nu op het ontwikkelen van een goede meetmethode.

Ook wij hebben bij de verschillende organisaties cijfers opgevraagd over de aantallen en soorten interventies die ze in het kader van fraudebestrijding in de loop der jaren hebben gedaan. Het beeld dat daaruit ontstaat, is echter incompleet en onzuiver. Zo maakt Zorgverzekeraars Nederland (ZN) bij het tellen van registraties in het Externe Verwijzingsregister (EVR) – waarmee zorgverzekeraars elkaar waarschuwen voor fraudeurs – geen onderscheid tussen zorgaanbieders en verzekerden, en maakt de

NZa geen onderscheid tussen fraude en fouten. IGJ registreert in het geheel geen zorgfraude en bij gemeenten ontbreekt een overkoepelend beeld. In het strafrecht ten slotte tellen in de cijfers ook de zaken mee tegen individuele budgethouders die deel uitmaken van een zaak rond één zorgaanbieder. Dit gebrek aan sluitende informatie is een bijkomend probleem bij de bestrijding van zorgfraude, omdat hierdoor een goed overzicht ontbreekt van wat de organisaties doen tegen fraude.

Hoewel de verzamelde cijfers dus gemankeerd zijn, ondersteunen ze wel de conclusie dat de pakkans bij zorgfraude niet hoog is – dit gelet op het totaal aantal signalen. Een aanwijzing hiervoor is ook dat zorgverzekeraars – blijkens ons onderzoek de meest actieve bestrijders van zorgfraude – jaarlijks enkele tientallen miljoenen euro's aan fraude opsporen op een totaal geschat fraudebedrag van enkele miljarden euro's. De vastgestelde omvang van het 'wederrechtelijk verkregen voordeel' in strafzaken voor zorgfraude is met gemiddeld enkele miljoenen per jaar in dit licht zelfs haast verwaarloosbaar. In hoofdstuk 4 en 5 houden we een deel van de cijfers over de zorgfraudebestrijding nader tegen het licht.

Casus C – Een aanbieder van ondersteunende begeleiding

Begin 2019 ontving een zorgverzekeraar van een cliënt met een persoonsgebonden budget een melding over fraude door een grote zorgaanbieder die ondersteunende begeleiding biedt in het oosten van Nederland. Het gaat om begeleiding die wordt gefinancierd op basis van diverse wetten. In het onderzoek dat de zorgverzekeraar startte, kwamen onrechtmatige bestedingen aan het licht van vele tonnen over een langere periode en bij meerdere budgethouders.

Op grond van dit onderzoek stopte de zorgverzekeraar de contracten met de aanbieder, deed een terugvordering (die nog loopt) en registreerde ze de fraude in het Extern Verwijzingsregister (EVR) dat verzekeraars onderling gebruiken. Ook wilde de zorgverzekeraar aangifte doen van een strafbaar feit, maar die actie kwam moeizaam tot stand als gevolg van een misverstand met koepelorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN verzorgt het doorsturen van verzoeken om een bestuursrechtelijk of strafrechtelijk vervolg. Uiteindelijk belandde de aangifte bij de sociale recherche van een gemeente in de regio. Wat ermee gaat gebeuren, was bij sluiting van dit onderzoek nog niet bekend.

Dit laatste liep buiten het circuit om van landelijke organisaties die actief zijn in het IKZ en de SWP. In het jaar voor de melding bij de verzekeraar waren er al diverse signalen bij IGJ binnengekomen over gebrekkige kwaliteit van zorg bij deze aanbieder. Samen met een GGD (als gemeentelijk toezichthouder) legde de inspectie bezoeken af en dwong verbeteringen af waarna ze rapporteerde dat ze “vertrouwen” had in de bestuurders. Signalen bleven daarna binnenkomen, maar IGJ kwam niet meer in actie en verwees naar de gemeente in kwestie. Die gemeente wilde van het Wmo-contract af, wat uiteindelijk ook lukte.

Binnen het IKZ deelden organisaties wel signalen over deze zorgaanbieder over wie in het wekelijkse wegingsoverleg meerdere keren werd gesproken. De Arbeidsinspectie zag echter onvoldoende redenen om strafrechtelijk in te grijpen en de NZa zag geen rol voor zichzelf omdat het hier vooral ging om Wmo-zorg of pgb's. Alleen het CIZ begon met het opnieuw beoordelen van indicaties voor enkele budgethouders. De zorgaanbieder leverde bij sluiting van dit onderzoek nog zorg.

4.

Samenwerken tegen zorgfraude

In het vorige hoofdstuk concludeerden we dat de bestrijding van zorgfraude niet of nauwelijks effectief is. In het vervolg gaan we in op de vermoedelijke oorzaken van dat falen. In dit hoofdstuk laten we zien dat organisaties weliswaar veel informatie met elkaar uitwisselen, maar dat ze bijna nooit vervolgstappen zetten en actie ondernemen. De afgesproken 'integrale aanpak' ontbreekt, er is nauwelijks regie en partijen werken niet goed samen.

4.1 Het Informatieknooppunt Zorgfraude

Centraal in de uitwisseling van signalen staat het Informatieknooppunt Zorgfraude (IKZ). Dat functioneert als een informatierotonde waarin organisaties signalen van zorgfraude volgens geldende (wettelijke) regels en gemaakte afspraken met elkaar delen. Na deze informatieverzameling moeten ze in actie komen. In de regie daarop heeft het IKZ geen rol.

4.1.1 Levendige uitwisseling van signalen

In onze casussen zien we dat er aanvankelijk vaak wel een tamelijk levendige uitwisseling van signalen van zorgfraude was tussen de betrokken organisaties. In 2020 ontving het IKZ in totaal 489 signalen van verschillende partners, waarbij NZa met 55% het leeuwendeel inbracht. De signalen kwamen binnen in het digitale verzamelpunt (VPZF), waarin voor iedere deelnemer de afzender en tot voor kort ook de naam van de zorgaanbieder in kwestie zichtbaar was. Binnenkomende signalen werden 808 keer gedeeld met een andere partij, waarna die partij in het VPZF behalve de naam ook de achterliggende bijzonderheden kon inzien. Overigens lag het aantal binnenkomende signalen in 2020 (489) duidelijk lager dan in eerdere jaren, toen dat aantal meestal boven de 600 uitkwam.

4.1.2 Problemen met de input

Dat er minder signalen binnenkwamen in 2020, heeft volgens het IKZ te maken met diverse factoren: minder toezichtsbezoeken door IGJ als gevolg van corona, afgenomen input van de Arbeidsinspectie door capaciteitsproblemen en minder signalen van de Belastingdienst en de FIOD door juridische belemmeringen. Indicatiesteller CIZ laat daarnaast een terugval van het aantal signalen zien die naast andere zaken te maken heeft met een strengere selectie als het gaat om proportionaliteit en privacy. De verminderde inbreng van signalen kreeg aandacht in het IWO (wekelijks overleg bij het IKZ). Daarin uitten deelnemers geregeld hun zorgen over het feit dat niet iedereen al zijn signalen inbrengt – zoals de NZa bijvoorbeeld wel doet – en daarvoor eigen criteria hanteert.

4.1.3 De gevolgen van een vertrouwensbreuk

Een ander punt van zorg bij het IKZ zijn de juridische bepalingen voor informatiedeling, die soms belemmerend werken. Het IKZ werkt met een complexe – door alle partijen onderschreven – ‘informatiematrix’ waarin is aangegeven welke organisatie met wie en op welke gronden informatie mag delen. Dat het delen van informatie niet probleemloos verloopt, blijkt uit het besluit van de zorgverzekeraars in 2019 om niet langer hun signalen met het IKZ te delen. Die signalen gaan meestal over afgeronde fraudeonderzoeken die via ZN worden ingebracht. Zorgverzekeraars hadden al langer juridische bedenkingen tegen de werkwijze van het IKZ, maar toen het IKZ zonder toestemming een fraudesignaal van een zorgverzekeraar doorspeelde naar een gemeente kwam het tot een “vertrouwensbreuk”. Het IKZ deed dit omdat die gemeente ook onderzoek deed naar dezelfde zorgaanbieder en gevraagd had om informatie.

Pas na moeizame onderhandelingen en een aangepaste werkwijze begonnen zorgverzekeraars begin 2021 mondjesmaat weer signalen aan het IKZ door te spelen. Deze nieuwe werkwijze houdt onder meer in dat de namen van zorgaanbieders waarover fraudesignalen zijn, niet automatisch zichtbaar zijn voor andere IKZ-partners. Die kunnen als gevolg daarvan niet langer checken of die naam in de eigen databanken voorkomt, tenzij dat signaal welbewust met die partij wordt gedeeld.

De tijdelijke stop door de zorgverzekeraars bleef niet zonder gevolgen voor de effectiviteit van de fraudebestrijding. In ons onderzoek zagen wij meerdere keren dat belangrijke informatie van zorgverzekeraars hierdoor niet bij de juiste organisaties terechtkwam. Zo bleven verzoeken aan de Arbeidsinspectie en de NZa liggen om aangetoonde fraudes strafrechtelijk of bestuursrechtelijk aan te pakken. In sommige gevallen lag dat ook aan miscommunicatie tussen zorgverzekeraars en koepelorganisatie ZN.

4.1.4 Een overkoepelend beeld

Ondanks deze problemen zagen we in onze casussen dat er geregeld wel een overkoepelend beeld ontstond van signalen die verschillende partijen rond een specifieke zorgaanbieder hadden. Op zichzelf is dat niet zo verwonderlijk omdat we een deel van die casussen juist selecteerden op de aanwezigheid van dergelijke informatie. Wel constateren we dat dit beeld steeds het resultaat was van het delen van signalen volgens de 'oude' werkwijze bij het IKZ. Het IKZ maakte het mogelijk dat fraudebestrijdende organisaties, in onderling overleg, actie konden ondernemen. In de periode die wij onderzocht hebben (2018-2021) organiseerde het IKZ soms ook casustafels waarin de deelnemers met elkaar meer informatie verzamelden over een specifieke zorgaanbieder. In casus B probeerde het IKZ als facilitator tijdens zulke casustafels aan te sturen op een gezamenlijke en goed afgestemde aanpak. Dat lukte in dit geval niet, onder meer omdat de Belastingdienst zich stevig verzette tegen het "sturen" op zaken. Dit zou haar onafhankelijke positie ondergraven. Doorgaans gaat het IKZ ook niet zo ver. Als de informatie is 'verrijkt' en bij de juiste organisaties is terechtgekomen, wordt de zorgaanbieder van de agenda geschrapt. Het is dan aan de deelnemers om vervolgstappen te zetten.

4.2 De Stuur- en Weegploeg Zorg

De Stuur- en Weegploeg Zorg (SWP) heeft in elk geval een deel van de regie op de aanpak bij zorgfraude. In de SWP overleggen IKZ-partners NZa, IGJ, Arbeidsinspectie en FIOD, onder voorzitterschap van het OM, maandelijks over de interventies tegen frauderende zorgaanbieders. Ons onderzoek laat zien dat de SWP die regie steeds minder is gaan voeren.

4.2.1 De SWP ambieert regie maar pakt hem niet

Dat de Stuur- en Weegploeg Zorg ook zelf de ambitie had om de regie te voeren op de aanpak van zorgfraude, werd duidelijk in 2018 toen de SWP concurrentie van het IKZ ervoer. Met besluiten over casussen ging het IKZ te veel op de stoel van de SWP zitten, vonden de aanwezigen: "De SWP is van mening dat zij het gremium is waarin besluiten worden genomen over afdoening van casuïstiek door de deelnemers aan de SWP", volgens de notulen. Dat die deelnemers aan de SWP ook grotendeels de organisaties zijn die samenwerken in het IKZ, werd in het verslag niet opgemerkt. Ondanks de ambitie is de regierol van de SWP nauwelijks uit de verf gekomen. Sterker nog: de notulen laten zien dat het aantal behandelde zaken de afgelopen jaren drastisch is afgenomen. Werd in 2017 bij de SWP nog gesproken over 71 zorgaanbieders waarover fraudevermoedens bestonden, in 2020 waren dat er nog maar 16. Ook het aantal jaarlijks aan de SWP voorgelegde voorstellen tot afdoening

(preweegs') daalde in die periode drastisch: van 28 tot 9. Van de 11 door ons onderzochte casussen met sterke signalen van zorgfraude kwamen er slechts 2 in de SWP terecht.

4.2.2 SWP weegt steeds minder integraal

Ook het karakter van de discussies veranderde. In 2017 waren er nog regelmatig open gesprekken met inbreng van toezichthouders en de optie om ook niet-strafrechtelijke middelen in te zetten. Zo kwam dat jaar bijvoorbeeld de mogelijkheid op tafel om de Arbeidsinspectie en de NZa samen een stevig gesprek (*'knock-en-talk'*) bij een zorgaanbieder te laten voeren. In de loop der jaren is het strafrecht echter steeds meer gaan domineren. Toezicht komt tegenwoordig nog wel aan de orde, maar de belangrijkste vraag is nu of er een strafrechtelijk onderzoek komt en zo ja, hoe dat wordt aangepakt. En gaat het om de keuze welke instrumenten ingezet kunnen worden voor het beste resultaat, dan wordt er nauwelijks meer een volledige ('integrale') afweging gemaakt waarin alle opties overwogen worden – ook al schrijft het *Handhavingskader* zo'n afweging wel voor. Mogelijk speelt hier ook de constructie een rol dat het OM voorzitter is van de SWP. Het OM is onafhankelijk in zijn afwegingen. Andere partijen kunnen vervolging niet afdwingen. Net zo min kan het OM toezichthouders opleggen om in actie te komen.

Deelnemers aan de SWP bevestigen onze observaties uit de stukken. Ze geven meerdere oorzaken aan van het sterk teruglopen van het aantal besproken zaken: minder door de NZa ingebrachte casussen als gevolg van een nieuwe toezichtstrategie, een strengere voorselectie bij IGJ, capaciteitsgebrek bij de Arbeidsinspectie en in het algemeen minder energie bij deelnemers om te investeren in de samenwerking.

4.2.3 Samenwerking binnen de SWP

Dat de samenwerking binnen de SWP soms stroef verloopt, blijkt ook uit de verslagen. In 2018 zag de voorzitter "wat barstjes in de samenwerking". Die waren onder meer terug te voeren op ergernissen over de opstelling van de FIOD die niet snel bereid is te participeren in een zaak. "De FIOD levert (...) in de regel, nooit handjes maar is bereid mee te denken in casuïstiek", zegt de FIOD zelf, volgens de notulen. De spanningen hierover leidden in de tweede helft van 2018 tot mediation waarbij de deelnemers onder leiding van een extern bureau probeerden de samenwerking te verbeteren. Volgens deelnemers namen de spanningen hierna wat af, ook als gevolg van personele wijzigingen. Maar de zorgen over stroeve samenwerking bleven. Die zorgen gingen over de uiteenlopende taken van deelnemers, gebrekkige capaciteit, maar ook over het uitblijven van voldoende bruikbare en gezamenlijke

handhavingsstrategieën die de samenwerking een *boost* zouden kunnen geven. Die strategieën per zorgdomein worden al enige jaren in het programma *Rechtmatige Zorg* aangekondigd. Maar het zijn er nog slechts enkele, ze zijn niet dekkend, en we zagen in de casuïstiek ook niet dat ze worden gebruikt.

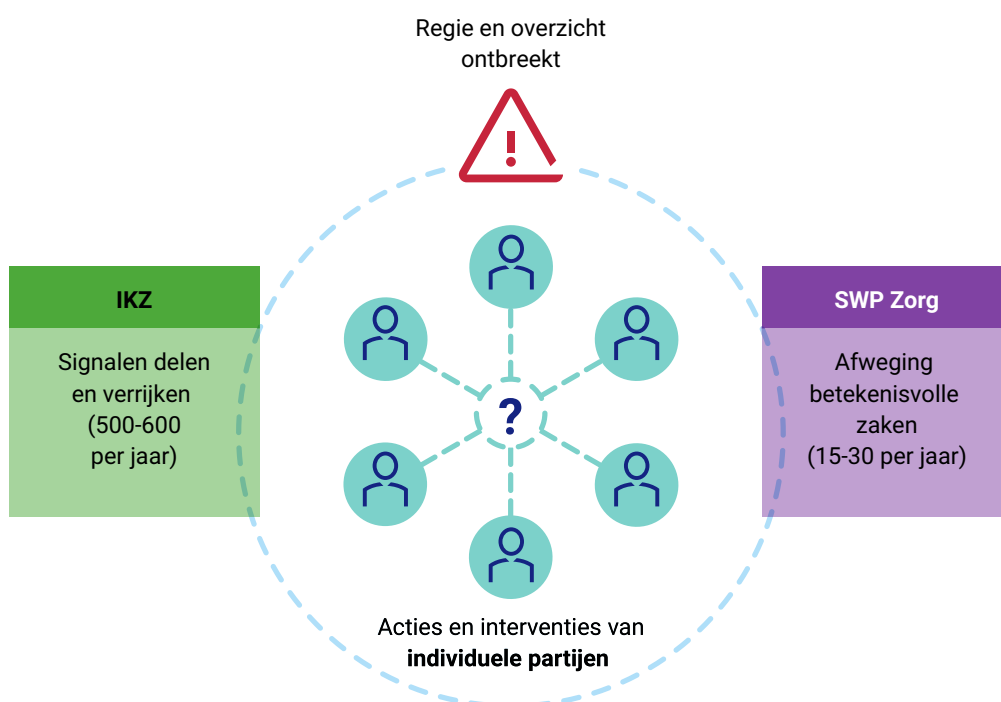
4.3 Regie op aanpak

In de vorige paragrafen hebben we geconstateerd dat het IKZ geen regie mag voeren op de aanpak en de SWP dat steeds minder doet. Het gevolg is dat er tussen beide samenwerkingsverbanden een steeds grotere leemte is ontstaan. Deelnemers pompen soms langdurig informatie rond, maar nemen geen gezamenlijke besluiten over de aanpak. In de praktijk zien we nauwelijks overleg over de eerste feitelijke acties tegen een zorgaanbieder, deelnemers volgen niet of die acties effect hebben en er is geen afstemming over nieuwe acties als resultaat uitblijft.

Mogelijk kan een fraudezaak door een enkele organisatie effectief worden afgehandeld. Maar wij zagen dat geen van de betrokken organisaties een goed overzicht heeft over wat er door wie gebeurt bij vermeende fraude door een specifieke zorgaanbieder. En de kans is groot, weten we uit onze casussen, dat uiteindelijk niemand optreedt en een fraudeur ongemoeid wordt gelaten. Of zoals een betrokkene het uitdrukt: “Vermoedens van zorgfraude vallen vaak als een lekke bal in een zandbak.”

Figuur 5 *Overzicht bestrijding zorgfraude*

Tussen de bestaande samenwerkingsverbanden zien we een grote leemte waar regie ontbreekt



4.4 Operationele samenwerking

Uit ons onderzoek blijkt dat partners wel bilateraal met elkaar afstemmen, of samen met enkele organisaties. Zo lopen er 'korte lijnen' tussen de Arbeidsinspectie en het OM als het over strafrechtelijke aanpak gaat. Bij afstemming tussen andere organisaties is het beeld diffuser en komen we veel klachten over elkaar tegen. Met de FIOD en de Belastingdienst loopt de samenwerking bijvoorbeeld zichtbaar stroever. En in de succeszaak uit het strafrecht die wij onderzochten, beklagde een officier van justitie zich erover dat de meest betrokken gemeente "alleen maar de hakken in het zand zet".

Wanneer organisaties optreden tegen een mogelijke fraudeur, doen ze dat niet gezamenlijk maar ieder voor zich, zagen we in de casussen die we onderzochten. Er is dus geen of bijna geen echte samenwerking in de zin van samen optrekken. Een voorbeeld: bij sterke signalen van zorgfraude bij een aanbieder van psychische ondersteuning in het zuiden van Nederland slaagden de fraudebestrijders er niet in effectief samen te werken en de casus goed te beoordelen. Dat kwam onder meer doordat zorgverzekeraar, gemeenten en IGJ ieder hun eigen puzzelstukje bekeken maar het geheel niet naast elkaar legden (zie casus D). Wij hebben aan verschillende organisaties gevraagd of ze niet vaker gezamenlijk kunnen optreden. Dat zou bijvoorbeeld kunnen door samen informatie te analyseren of samen een zorgaanbieder te bezoeken. Waarbij ze dan gebruik kunnen maken van een breder perspectief en elkaars kennis en ervaring. Hoewel hier goede voorbeelden van zijn, wordt toch ook altijd gewezen op het verschil in bevoegdheden; dit staat samenwerking volgens hen in de weg.

Organisaties stemmen soms ook ad hoc met elkaar af. Zo was er in 2019 en 2020 een pilot Wijkverpleging die voortkwam uit een van de prioriteiten van het programma *Rechtmatige Zorg*. Aan de pilot deden IGJ, het OM, de Arbeidsinspectie, de NZa, de FIOD en 4 zorgverzekeraars mee om "een gezamenlijke vuist" te maken. De NZa droeg een casus uit deze pilot aan voor ons onderzoek. In deze succescasus zagen wij inderdaad dat het optreden van de toezichthouder de vermoedelijke fraudeur hinderde. Maar dat had, zo blijkt uit de stukken, weinig met gezamenlijk optrekken te maken. IGJ reageerde gepikeerd toen de NZa, volgens IGJ, een inval deed zonder deze actie goed af te stemmen. Gevolg was dat deze inspectie, naar eigen zeggen uit frustratie over de samenwerking, binnen de pilot een "terugtrekkende beweging" maakte. De Arbeidsinspectie, de andere inspectie, zag bij nader inzien geen strafrechtelijke potentie in de casussen en vond bovendien dat de keuze daarvoor niet in de pilot maar bij de SWP behoorde te liggen. Inmiddels is er een

nieuwe pilot opgezet zonder organisaties uit het strafrecht, die volgens deelnemers beter loopt.

De 3 succescasussen zijn volgens ons geen van alle een toonbeeld van goede en vlotte samenwerking. De bereikte resultaten kwamen vooral tot stand dankzij het commitment en de energie die de aandrager partij zelf bereid was in de zaak te steken. De rol van andere TIZ-deelnemers was daarin telkens ondergeschikt.

4.5 Bestuurlijke samenwerking

Bij hardnekkige problemen in de samenwerking mogen we verwachten dat bestuurders uiteindelijk ingrijpen en randvoorwaarden scheppen voor verbetering. Het valt ons op dat dit weinig gebeurt bij de problemen die we in dit hoofdstuk beschrijven.

4.5.1 Bestuurlijke evaluatie SWP-beslissingen ontbrak

Bij het moeizame functioneren van de Stuur- en Weegploeg (SWP) hadden bestuurders van de deelnemende organisaties een rol kunnen spelen. Het protocol over de werking van de SWP schreef ook voor dat SWP jaarlijks een overzicht maakt van lopende zaken, afdoeningsbeslissingen en de resultaten daarvan. Die stukken moesten vervolgens worden geëvalueerd in een bestuurlijk overleg tussen de SWP-partners (VenJ 2014). Maar deze overzichten zijn nooit gemaakt en de bestuurlijke evaluaties hebben nooit plaatsgevonden. Sinds oktober 2020 is een nieuw protocol van kracht waarin dit bestuurlijke overleg is geschrapt (OM 2020). De SWP volgt zaken sinds enige tijd via een *dashboard* dat vooral de termijnen van afdoening in beeld brengt en weinig inhoudelijke informatie over zaken toont.

4.5.2 Problemen met gegevensdeling bij IKZ

Het conflict tussen zorgverzekeraars en het IKZ over gegevensdeling was een substantiële ondergraving van de zorgfraudeaanpak. Het valt ons op dat deze kwestie volgens de notulen niet aan de orde is geweest bij het hoogste bestuurlijke orgaan van de TIZ. In de meer technische ‘beleidsgroep’ werd alleen in december 2019 melding gemaakt van de klacht van IGJ, de Arbeidsinspectie en de NZa dat signalen van zorgverzekeraars hen nu rechtstreeks bereiken, om het IKZ heen:

“Deze olifantenweggetjes leveren extra werk op.”

De onderhandelingen over dit geschil vonden plaats in overleggen waarbij VWS, het IKZ, de NZa, ZN en de Arbeidsinspectie in wisselende samenstelling betrokken waren. Ze leidden na ruim een jaar tot een nieuwe werkwijze bij het IKZ. Die houdt waarschijnlijk meer rekening met de privacyregels, maar bemoeilijkt dat organisaties een compleet beeld krijgen van signalen over fraude door een specifieke

zorgaanbieder. In ons onderzoek hebben we geen bestuurlijk overleg aangetroffen over de vraag wat dit betekent voor de effectiviteit van de fraudeaanpak.

4.5.3 Problemen rond de inzet van capaciteit

De TIZ-deelnemers overleggen wel regelmatig over hun inzet bij gezamenlijke activiteiten zoals het IKZ en andere projecten. Maar in 2019 maakten meerdere partners “terugtrekkende bewegingen” als het ging om het leveren van capaciteit. In het bestuurlijk overleg van september 2019 maakten ze veel voorbehouden bij hun inzet, waarna VWS de oproep deed “...niet alleen te kijken naar eigen toegevoegde waarde, maar ook naar de toegevoegde waarde voor andere partners”. De discussie leverde echter geen blijvende oplossing op. In 2020 slaagden de TIZ-partners er zelfs niet in gezamenlijk financiële dekking op te brengen voor een bedrag van € 50.000 voor de voortzetting van het project dat de effecten van de aanpak moet meten. Ondanks dat iedereen het belang ervan zei in te zien, besloot uiteindelijk het Ministerie van VWS om dit bedrag te betalen – “mede vanuit haar stelselverantwoordelijkheid”.

Casus D – Instelling voor zorg bij psychische problemen

Een instelling in het zuiden van Nederland biedt beschermd wonen en andere begeleiding voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen. Dat financiert de instelling uit Wmo en Wlz en het gaat om zowel pgb als zorg in natura. Sinds 2013 kwamen over deze instelling bij IGJ en de Arbeidsinspectie meldingen binnen over wel gedeclareerde, maar niet geleverde zorg.

Bezoeken door IGJ brachten geen ernstige misstanden aan het licht. Maar toen de Arbeidsinspectie in 2016 uit criminele inlichtingenbronnen informatie kreeg over onder meer vervalste declaraties, sprak de voorloper van de SWP af dat IGJ nogmaals langs zou gaan “met een fraudebril” op. Dat bezoek vond bijna een jaar later plaats en IGJ stuitte daarbij op grote discrepanties tussen indicaties, geleverde zorg en gedeclareerde zorg.

De zorgaanbieder stelde echter bezwaar in tegen publicatie van het rapport dat onder meer verwees naar deze bevindingen. Na intern beraad besloot IGJ de conclusie over rechtmatigheid te schrappen. Aan de andere organisaties in de SWP meldde IGJ dat ze primair gaat over kwaliteit en veiligheid in de zorg, en dat ze minder zal investeren in rechtmatigheidskwesties. De concrete bevindingen deelde IGJ wel met andere TIZ-partners, maar de NZa deed niets met die melding omdat het meestal ging om pgb’s en dit “buiten prio’s” van de toezichthouder viel.

Een nieuwe melding van de SVB in 2018, over omkoping van pgb-houders om valse declaraties te ondertekenen, trok de aandacht van de Arbeidsinspectie. Het IKZ organiseerde casustafels met meerdere organisaties, maar de Arbeidsinspectie concludeerde uiteindelijk onvoldoende aanknopingspunten te zien voor een strafrechtelijk onderzoek. De bal kwam terecht bij gemeenten in de regio die met hulp van de VNG hun eigen casustafel organiseerden. Daar bleek echter dat de gemeenten geen capaciteit voor een onderzoek hadden. Een zorgverzekeraar begon wel een onderzoek, maar kon geen fraude aantonen en gaf de zorgaanbieder alleen een waarschuwing.

Toen in 2020 nieuwe ernstige signalen van zorgfraude en zorgverwaarlozing binnenkwamen bij een gemeente, organiseerde die opnieuw een casustafel. IGJ was hiervoor uitgenodigd, maar was niet aanwezig. De gemeente begon een onderzoek dat nog loopt. Tot nu toe is ons niets gebleken van effectieve samenwerking. In plaats daarvan onderzochten individuele organisaties steeds hun eigen puzzelstukjes.

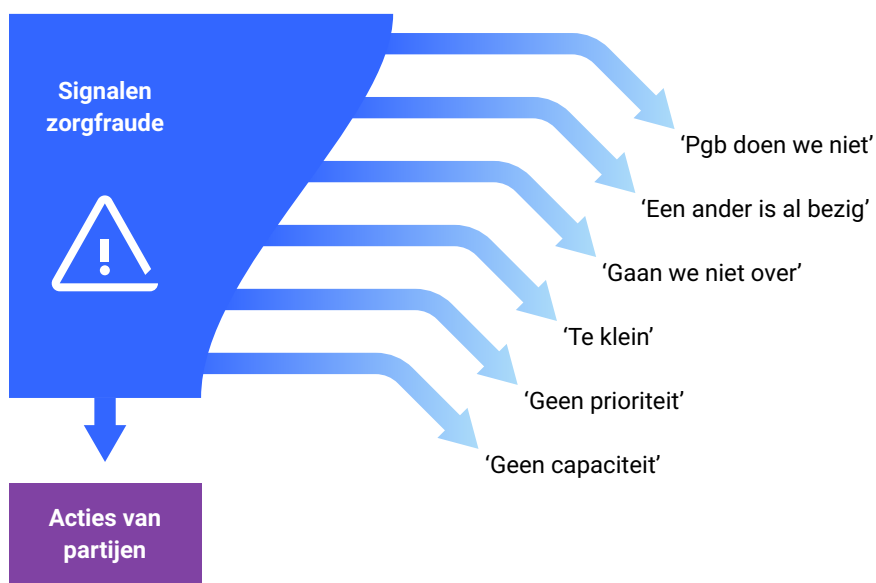
5.

Bijdrage van zorgfraudebestrijders

Resultaat behalen bij de bestrijding van zorgfraude is kansrijker als partners goed samenwerken, waarbij ze uitgaan van een gezamenlijk perspectief. Dat zien wij in de praktijk nauwelijks gebeuren. Organisaties handelen vaak vanuit hun individuele rolopvatting en laten daardoor nogal eens signalen van zorgfraude lopen. Ze baseren hun prioriteiten en beleidskeuzes vooral op hun eigen afwegingen, waarbij het ook nog de vraag is of ze elkaar altijd over hun prioriteiten en beleidskeuzes informeren. In dit hoofdstuk laten we dat zien aan de hand van de acties van individuele organisaties.

Figuur 6 Redenen waarom organisaties die zorgfraude moeten bestrijden geen actie ondernemen

Organisaties kijken door hun eigen, beperkte bril of ze in actie moeten komen



5.1 Strafrecht (OM en Arbeidsinspectie)

In de strafrechtelijke aanpak van zorgfraude werken de Arbeidsinspectie en het OM nauw samen; de Arbeidsinspectie is aangewezen voor opsporing en het OM beslist over de start en het vervolg van een strafrechtelijk onderzoek. De Arbeidsinspectie heeft een doel afgesproken met het Ministerie van VWS en het OM: 12 tot 18 zorgfraude-onderzoeken per jaar, ongeacht het aanbod aan potentiële zaken. Dat doel wordt met moeite gehaald, niet zozeer als gevolg van een gebrek aan aanbod, maar door een gebrek aan capaciteit. Ondanks een extra investering door VWS van 20 formatieplaatsen vanaf 2019, slaagt de Arbeidsinspectie er tot nu toe slecht in vacatures te vervullen. De personeelsbezetting liep in 2020 16 fte's achter op de formatie van 90 fte, deels als gevolg van een grotere uitstroom van personeel. Wat verder opvalt in de zorgfraudecijfers van het strafrecht, is dat het aantal vonnissen tussen 2017 en 2020 is gedaald van 27 naar 13 en het aantal septs is gestegen van 2 naar 8 per jaar. Ook het aantal transacties is toegenomen.

Van de 11 zaken met sterke fraudesignalen die wij onderzochten leidde er slechts één tot een strafrechtelijke vervolging. Dit was echter een zaak die buiten het Functioneel Parket en de Arbeidsinspectie om was ingediend door een arrondissementsparket en een gemeentelijke sociale recherche. De Arbeidsinspectie was wel op een of andere manier betrokken bij veel van onze casussen, maar besloot daar dan, meestal in overleg met het OM, vaak geen vervolg aan te geven.

Ons valt op dat ook organisaties in het strafrecht sterk vanuit hun eigen perspectief redeneren. In casus B stond vanaf 2019 een complex netwerk van frauduleuze zorgaanbieders op de agenda van de partners in de fraudebestrijding. De Arbeidsinspectie en het OM kozen er echter voor om niet het hele netwerk te onderzoeken, maar te kiezen voor een kortstondig vooronderzoek naar één specifieke cliëntronseelaar binnen het netwerk. Dat leidde tot niks, het spoor liep dood. Op onze vraag waarom niet het hele netwerk onder de loep was genomen, maakten rechercheurs van de Arbeidsinspectie de vergelijking met drugscriminaliteit. Daar verdient het volgens hen ook vaak de voorkeur een kilo cocaïne te pakken boven het oprollen van de hele drugslijn tot aan Latijns-Amerika. Dat laatste kost volgens de rechercheurs veel capaciteit en is veel moeilijker te bewijzen.

Dergelijke keuzes zagen we vaker. Een gemeente die fraude had aangetoond kreeg het advies van de Arbeidsinspectie geen aangifte te doen, onder meer omdat het fraudebedrag van ruim € 100.000 te klein zou zijn en de gemeente al ingreep (zie casus F). Daarbij ging de Arbeidsinspectie niet na in hoeverre de frauderende

zorgaanbieder nog voor andere gemeenten of zorgverzekeraars zorg leverde. Informatie hierover is vrij eenvoudig te verkrijgen, bijvoorbeeld via het IKZ. Overigens nemen het OM en de Arbeidsinspectie hier niet altijd dezelfde positie in. Het OM ziet deze zaak desgevraagd als een voorbeeld waarom de Arbeidsinspectie meer capaciteit zou moeten inzetten op *intelligence* (het voorstadium van opsporing) en minder op de opsporingshandelingen zelf.

Verder valt ons bij het naast elkaar leggen van casussen nog iets anders op: de signalen die ten grondslag lagen aan de succeszaak die het OM en de Arbeidsinspectie ons hebben voorgedragen (en die leidde tot vonnissen met jarenlange gevangenisstraffen), zijn beslist robuust te noemen. Toch week die informatie op de keper beschouwd inhoudelijk niet af van enkele andere casussen met sterke fraude-signalen die we onderzochten en waarbij opsporing niet of pas laat werd ingezet. Daarmee lijkt de keuze voor het oppakken van juist deze zaak voor een deel op toeval te berusten.

Ondanks het smalle perspectief van het strafrecht en het beperkte aantal zaken dat partijen in het strafrecht oppakt, bleek de optie van strafrechtelijk onderzoek door de Arbeidsinspectie geregeld toch leidend in de bredere aanpak van zorgfraude. Want als de strafrecht-optie speelde, zagen we andere toezichthouders wijken. Voor hen was het in zo'n periode echter lang niet altijd duidelijk of OM en de Arbeidsinspectie echt iets met een zaak zouden gaan doen of al deden. Ook valt ons op dat het OM en de Arbeidsinspectie niet makkelijk 'restinformatie' uit eigen onderzoek delen met andere organisaties in de handhaving, terwijl dat wel is toegestaan.

Volgens het OM en de Arbeidsinspectie kan openheid over wat ze wel of niet doen een zaak schaden. Maar als toezichthouders zich als gevolg van deze onduidelijkheid terugtrekken, roept dat de vraag op of andere belangen dan de strafrechtelijke zoals veiligheid, zorgkwaliteit en rechtmatige besteding van zorggeld wel voldoende worden meegewogen.

In een van de casussen, over een zorgaanbieder in het midden van het land, hing de strafrecht-optie langdurig in de lucht. Daardoor deden toezichthouders weinig tot niets. Maar de opsporingsacties die de Arbeidsinspectie in die periode uitvoerde, waren van begin af aan alleen bedoeld ter ondersteuning van een andere strafzaak. De zorgverlener in kwestie, over wie er tal van fraudesignalen waren, is inmiddels failliet en de bestuurders zijn vertrokken. Met achterlating van tientallen onbetaalde salarissen, een lege boedel en een miljoenenvordering van schuldeisers.

5.2 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)

De NZa houdt toezicht op het gedrag van zorgaanbieders, zorgverzekeraars en zorgkantoren op de zorgmarkt. Als leverancier van meer dan de helft van de ingebrachte signalen en qua inzet van capaciteit legt de NZa een stevige bodem onder het IKZ. In de casussen die we onderzochten, zagen we dat de NZa dan ook vooral signalen inbrengt en deelt, en soms de informatie hierover verrijkt.

Opvallend was echter dat de NZa in geen van de zaken zelf interventies pleegde of op een andere manier in actie kwam, terwijl ze daar wel mogelijkheden voor heeft. Telkens legde de NZa de prioriteit elders. Ook zagen wij dat de NZa bij de detectie van signalen fouten maakte en concludeerde dat het type zorg niet onder haar toezicht viel. Terwijl dat niet juist bleek te zijn. In casus A zag de NZa over het hoofd dat vele honderden cliënten zorg ontvingen via de Zorgverzekeringswet – iets wat IGJ had vermeld in een openbaar toezichtsrapport.

Daarnaast bleek uit ons onderzoek dat de NZa geregeld signalen afwees, puur omdat het pgb-zorg betrof. Dat valt deels wel onder toezicht van de NZa, maar zij zegt daarbij over te weinig bevoegdheden te beschikken. Dat dit een kwestie van interpretatie is, blijkt uit een advies dat de landsadvocaat in mei 2020 uitbracht aan de NZa. In dit advies staat dat de NZa wel degelijk wettelijke mogelijkheden heeft om in te grijpen bij zorg die via pgb's wordt gefinancierd.

Het beeld van niet of nauwelijks ingrijpen strookt met het geringe aantal 'formele maatregelen' (aanwijzingen, boetes) dat de NZa jaarlijks tegen frauderende zorgaanbieders neemt. Dat gebeurde in 2020 slechts 13 keer en een jaar eerder 20 keer. Hieronder valt niet alleen fraude, maar ook het bestraffen van 'fouten'. Opvallend is dat de NZa in 2020 geen enkele keer een aangekondigd of onaangekondigd bedrijfsbezoek bracht. In 2019, voor de coronacrisis, was dat 2 keer. Tegenover die beperkte aantallen formele maatregelen staan enkele honderden 'informele maatregelen', zoals informatieverzoeken en waarschuwingen per telefoon of mail.

Volgens de NZa hebben deze ontwikkelingen te maken met een strategische koerswijziging naar meer risicogestuurd en datagedreven toezicht. In de toekomst moet dat weer tot meer interventies leiden. Ook zegt de NZa capaciteit te hebben verschoven van rechtmatigheid naar het toezicht op de toegankelijkheid van zorg. Naar deze nieuwe wijze van toezicht hebben wij geen onderzoek gedaan. Maar we willen hier wel iets opmerken: in de succescasus die de NZa aandroeg voor ons onderzoek en waarin het duidelijkste effect werd bereikt, bracht de NZa juist wél een

onaangekondigd bedrijfsbezoek. Bij dat bezoek bleek dat er op het adres van de zorgaanbieder slechts een postbus was gevestigd. En 2 dagen na de ‘inval’ stopte dit bedrijf met het declareren van zorg. Uiteindelijk leidde het onderzoek tot een boete van enkele tonnen voor de bestuurder; voor het innen daarvan is inmiddels een deurwaarder ingeschakeld.

In onze gesprekken met de NZa, gaf zij aan voor de toekomst een mogelijke rol van ‘spelverdeler’ voor zich te zien, “ook naar het strafrecht toe”. In de casuïstiek die wij onderzochten hebben we daartoe nog geen overtuigende aanzetten gezien. We zagen de NZa ook niet optreden als toezichthouder op zorgverzekeraars en zorgkantoren. In het conflict tussen het IKZ en de zorgverzekeraars over het delen van informatie, speelde de NZa als TIZ-partner een rol in de onderhandelingen. De NZa was het lang niet altijd eens met de opstelling van de zorgverzekeraars, maar maakte geen gebruik van haar rol en dus van de invloed die ze heeft als toezichthouder op zorgverzekeraars.

5.3 Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

De IGJ houdt toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg en jeugdhulp (geen Wmo-zorg). Omdat er bij zorgfraude vaak ook problemen zijn met kwaliteit en veiligheid, maakt IGJ deel uit van de groep organisaties die geacht wordt zorgfraude aan te pakken. Daarnaast was IGJ tot 1 januari 2022 verantwoordelijk voor de handhaving van het verbod op winstoogmerk in de zorg, de plicht van zorgaanbieders om een transparante financiële administratie te voeren en jaarcijfers te deponeren.

In ons onderzoek zagen wij dat IGJ veel actiever was met bedrijfsbezoeken dan de NZa. Maar die bezoeken droegen vaak niet bij aan de bestrijding van zorgfraude. IGJ heeft zichtbaar moeite met de vertaling van signalen van gebrekkige bedrijfsvoering en zorgfraude naar het toezicht op kwaliteit en veiligheid van zorg, en andersom. IGJ doet wel pogingen die vertaling te verbeteren. Zo gebruikt de afdeling zorgfraude van IGJ het begrip ‘zorgverwaarlozing’: er wordt minder zorg geleverd dan de patiënt nodig heeft, terwijl mogelijk wel het volle bedrag wordt gedeclareerd. De afdeling heeft wel instrumenten ontwikkeld om deze fraude op te sporen, maar we hebben nog niet gezien dat IGJ deze instrumenten ook inzet.

Het kwam diverse keren voor dat IGJ op de hoogte was van sterke signalen van zorgfraude maar niettemin ‘positieve’ toezichtsrapporten publiceerde over kwaliteit en veiligheid van de zorg. In de zaak rond het grote netwerk (casus B) oordeelde IGJ dat een zorgaanbieder aan de meeste normen voor kwaliteit en veiligheid voldeed en

dat de directie “urgentie” liet zien, terwijl IGJ kort daarvoor nog aanwezig was bij IKZ-overleg waar juist ernstige signalen van zorgfraude en andere misstanden over ditzelfde bedrijf werden uitgewisseld. Over dit geval zegt IGJ dat de belastende informatie intern onvoldoende was doorgekomen.

Het valt ons op dat het toezicht van IGJ zich deels richt op het aanwezig zijn van verbeterplannen en protocollen en dat vertrouwen in het bestuur van een zorgaanbieder een aanzienlijke rol speelt. Dit kan problematisch zijn omdat bij zorgfraude misleiding op de loer ligt. In de eerder besproken casus uit midden-Nederland waar ernstige bedenkingen speelden tegen een reeks gelieerde zorgaanbieders, zegde IGJ een toezichtsbezoek aan een van die zorgaanbieders af omdat een bestuurder telefonisch verklaarde geen zorg te leveren. Dit was een van de bestuurders die later, volgens de curator, een op hetzelfde adres gevestigd zorgbedrijf achterliet met een lege boedel en een miljoenschuld.

Het risico van misleiding speelt zelfs al tijdens fysieke bezoeken. In een casus van een aanbieder van wijkverpleging in Zuid-Holland waar IGJ na een eerder bezoek verbeteringen eiste, werd IGJ echt misleid: de zorgaanbieder hield gegevens over specifieke cliënten achter en haalde er een zorgverlener bij die de noodzakelijke diploma's had, maar niet echt voor deze zorgaanbieder werkte. IGJ sloot het toezicht af met een positieve brief aan de zorgaanbieder.

Uit ons onderzoek blijkt dat deze rapportages van IGJ negatieve invloed kunnen hebben op de effectieve bestrijding van zorgfraude, ook al benadrukt IGJ telkens in de eerste plaats te oordelen over kwaliteit en veiligheid en niet over zorgfraude. We kwamen in verschillende zaken situaties tegen waarin vooral zorgverzekeraars en gemeenten bij de aanpak van zorgfraude hinder ondervonden van het optreden van IGJ. In de hierboven beschreven Zuid-Hollandse zaak zette een betrokken zorgverzekeraar betalingen stop en startte hij een onderzoek naar fraude. Na eerste vermoedens ontving de verzekeraar van de zorgaanbieder incomplete urenregistraties en zorgplannen. Ook leken de documenten, aan het handschrift te zien, voor een deel achteraf te zijn opgemaakt. Vrijwel onmiddellijk na het positieve oordeel van IGJ sommeerde de advocaat van de zorgaanbieder hervatting van de betalingen. Hij stuurde de IGJ-brief mee. De zorgverzekeraar betaalde daarop alsnog een deel van de declaraties. Hierbij speelde overigens niet alleen het oordeel van IGJ mee.

5.4 Belastingdienst en FIOD

De Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst FIOD, onderdeel van de Belastingdienst, is partner in alle belangrijke overleggen van zorgfraudebestrijding. Dat geldt ook voor de Belastingdienst zelf, die overigens geen deel uitmaakt van de SWP. Toch zagen we dat beide organisaties zich in de praktijk van zorgfraudebestrijding terughoudend opstellen. Naar eigen zeggen ontbreekt het hen aan wettelijke mogelijkheden om informatie te delen. Volgens de FIOD is de “fiscale geheimhoudingsplicht” hier aan de orde. De cijfers lijken erop te wijzen dat het ook hier niet gaat om een absoluut verbod, maar om een steeds strengere uitleg van de regels door de FIOD. In 2019 en 2020 deelde de FIOD inderdaad geen signalen over zorgfraude, maar eerder deed de organisatie dat wel. In 2017 stuurde de FIOD nog 12 signalen naar het IKZ en in 2018 waren dat er 8. Ook de Belastingdienst geeft minder meldingen door dan voorheen.

In de casus van het uitgebreide netwerk (casus B) meldde de FIOD in 2018 binnen IKZ dat hij onderzoek deed naar enkele betrokkenen bij fraude met omzetbelasting en faillissementen. Maar de FIOD en de Arbeidsinspectie hebben over deze zaken, die inhoudelijk met elkaar verbonden zijn, geen contact meer gehad. Toen de Arbeidsinspectie de zaak begin 2021 voordroeg in de SWP, refereerde de FIOD niet aan de eigen zaak maar noemde hij de zaak van de Arbeidsinspectie interessant, “ook om te verkennen of samenwerking mogelijk is”.

Bij de uitgebreide overleggen over ditzelfde netwerk in 2019 was de Belastingdienst aanwezig, bij casustafels van het regionale RIEC en bij het IKZ. Er kwam weinig uit. Terugkijkend geeft de Belastingdienst toe dat ze op dat moment vrij eenvoudig een bijdrage had kunnen leveren aan het gezamenlijke beeld, maar dat niet heeft gedaan. De dienst had naar eigen zeggen bijvoorbeeld kunnen onderzoeken of een betrokken zorgstichting zonder winstoogmerk niet heimelijk toch aan het ondernemen was.

Wij hebben geen onderzoek gedaan naar de geldigheid van de motieven van vooral de FIOD om zich zo terughoudend op te stellen, ondanks het feit dat de FIOD meerdere convenanten heeft ondertekend die organisaties verplichten samen de zorgfraude te bestrijden. Wel kwamen we in ons onderzoek geregeld vergeefse verzoeken aan de FIOD tegen om een bijdrage te leveren. Ook zagen we bij andere organisaties grote ergernis als de FIOD zo'n verzoek naast zich neerlegde.

5.5 Zorgverzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Uit ons onderzoek wordt duidelijk dat individuele zorgverzekeraars de meeste interventies plegen tegen frauderende zorgaanbieders. Naar aanleiding van twijfels over declaraties doen de verzekeraars onderzoek en zetten ze financiering stop. Als ze vervolgens, doorgaans na tijdrovend onderzoek, fraude aantonen, maken ze die financieringsstop definitief en proberen ze eerder betaald geld via een civielrechtelijke procedure terug te vorderen. In 2020 toonden zorgverzekeraars bij 81 zorgaanbieders fraude aan voor een totaalbedrag van € 21 miljoen. Opvallend is dat zorgverzekeraars in de onderzochte periode steeds meer verzoeken deden aan toezichthouders om een fraudeur strafrechtelijk of bestuursrechtelijk aan te pakken, maar dat de cijfers van de NZa en het strafrecht laten zien dat zo'n aanpak juist steeds minder gebeurt.

Al kunnen verzekeraars geen bestuursrechtelijke of strafrechtelijke sancties opleggen, hun eigen acties zijn vanzelfsprekend hinderlijk voor frauderende zorgaanbieders. In onze casussen zagen we dat de financiële maatregelen van zorgverzekeraars enkele keren leidden tot het faillissement van zo'n zorgaanbieder. Het komt echter regelmatig voor dat fraudeurs die op die manier zijn aangepakt ergens anders een doorstart maken. We hebben dit bijvoorbeeld gezien in de casus van het grote netwerk (casus B). Hier ging een zorg-bv failliet. De verzekeraar registreerde de bestuurder van deze bv in het Externe Verwijzingsregister (EVR) dat andere (zorg)verzekeraars moet waarschuwen. Toch was dezelfde bestuurder met nieuwe bedrijven nog steeds actief in de zorgsector, bleek bij sluiting van ons onderzoek.

Zorgverzekeraars lijken relatief makkelijk onderling informatie uit te wisselen. Maar tot een gezamenlijk onderzoek komt het niet vaak. Jaarlijks stellen zorgverzekeraars voor slechts enkele fraudezaken een Werkgroep Samenwerking Fraudebeheersing (WSF) in om fraude bij een specifieke zorgaanbieder aan te pakken. In de casus in midden-Nederland kwam er op initiatief van een van de zorgverzekeraars zo'n WSF, maar bij de opzet van het project werd men het niet eens over de methode van onderzoek. Ook bleek dat de periodes van verdachte declaraties, ingediend bij verschillende zorgverzekeraars, te ver uiteenliepen. Zorgfraude individueel aanpakken lijkt dan ook eerder de standaard werkwijze van zorgverzekeraars, ook als er meerdere verzekeraars zijn betrokken.

We merken hier verder nog op dat veel zorgverzekeraars, naar eigen zeggen, slechts een klein deel van het totaal aantal onderzoekwaardige dossiers onderzoeken.

5.6 Gemeenten en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG)

In vrijwel alle onderzochte casussen spelen gemeenten een rol als financiers en toezichthouders rechtmatigheid. Ze zijn dus ook belangrijk voor de zorgfraudebestrijding. Wel zien we dat gemeenten zoeken naar een goede invulling van hun (tamelijk nieuwe) rol. Ook is er een groot verschil tussen individuele gemeenten als het gaat om aandacht voor toezicht op rechtmatigheid. Zo zagen we bij het uitgebreide netwerk (casus B) dat een gemeente initiatief nam tot onderzoek en ingrijpen bij een zorgaanbieder. Daarbij wilde de gemeente samenwerken met een andere grote gemeente waar deze zorgaanbieder ook actief was. Die tweede gemeente haakte echter af, het toezicht stond daar nog in de kinderschoenen. Dat maakte de ingreep minder effectief. Over het tempo waarin gemeenten hun toezicht op zowel Wmo als Jeugdwet inrichten, beklagen andere TIZ-partners zich geregeld. Volgens IGJ is de situatie bij Wmo-toezicht recent zelfs verslechterd (IGJ 2021).

Uit bijna al onze casussen blijkt dat gemeenten interventies pleegden. Ze stopten betalingen, eisten zorggeld terug, ontbonden contracten of deden aangifte. Daarmee hinderden ze frauderende zorgaanbieders. Soms maakten gemeenten gebruik van contracten die voldoende aanknopingspunten boden om tot actie over te gaan bij signalen van fraude. Andere gemeenten worstelden juist nog met onduidelijke inkoopcontracten. In deze contracten stond niet precies welke zorg de gemeente verwachtte. Ook boden de contracten onvoldoende aanknopingspunten om informatie op te vragen en in te grijpen. Dat heeft deels te maken met een gebrek aan expertise. Maar vermoedelijk spelen ook doorzettingsvermogen en lef een rol. Zo zagen we dat een gemeente die fraude vermoedde, de betalingsafschriften van een gecontracteerde zorgaanbieder opvroeg bij de banken. Dit op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht. Die afschriften leverden belangrijke belastende informatie op, waardoor de gemeente het contract makkelijker kon ontbinden (zie casus E).

Voor gemeenten bleef het meestal bij lokaal of beperkt regionaal ingrijpen bij bedrijven die vaak in een groter geografisch gebied actief zijn. Een van de problemen is dat het delen van signalen tussen gemeenten onderling stroef verloopt. Er bestaat nog geen waarschuwingsregister zoals zorgverzekeraars wel hebben. Ook is de informatie-uitwisseling afhankelijk van de vraag of een gemeente al is aangesloten bij het IKZ. Overigens kwamen we in de casus in Midden-Nederland een gemeente tegen die wel lid was van het IKZ, maar de AVG-regels zo interpreteerde dat ze over zorgaanbieders vrijwel geen informatie deelde – ondanks

ernstige signalen van fraude. Ook hebben we gezien dat gemeenten geregeld ondersteuning vragen van landelijke organisaties, maar dat lang niet altijd krijgen.

Voor steun kunnen gemeenten terecht bij de VNG. De VNG heeft een onderdeel dat zich bezighoudt met zorgfraude: VNG Naleving, gesubsidieerd door VWS. VNG Naleving stimuleert gemeenten hun toezichthoudende taak serieus te nemen, maar speelt slechts een bescheiden rol bij de feitelijke afstemming tussen gemeenten bij de aanpak van concrete fraudegevallen. We kwamen in ons onderzoek slechts een enkele gemeentelijke casustafel tegen waarin gemeenten gezamenlijk acties tegen een zorgbedrijf probeerden te organiseren. Wij denken dat zo'n initiatief ook zinvol zou zijn geweest in veel andere casussen die we bestudeerden waarmee gemeentegeld gemoeid was.

5.7 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en Sociale Verzekeringsbank (SVB)

Het CIZ en de SVB spelen een bescheiden, meer faciliterende rol bij de zorgfraudebestrijding. Dit hebben we gezien in onze casussen, maar het geldt ook in andere gevallen. Het CIZ doet herindicaties bij specifieke cliënten voor de Wlz, als het na onderzoek of melding van een andere organisaties tot de conclusie komt dat er misschien onjuiste of onvolledige gegevens zijn verstrekt. In ons onderzoek hebben we hiervan enkele voorbeelden gezien. De herindicatie van een cliënt kan de betrokken zorgaanbieders raken, maar het kan ook zijn dat er niets verandert.

Op verzoek van TIZ-partners onderzoekt de SVB pgb-betalingen aan zorgverleners, en in welke gemeenten die zorgverleners actief zijn. De inzet van de SVB gaf in een paar gevallen beter zicht op de omvang en reikwijdte van vermoedelijke fraude, blijkt uit de casussen die we onderzochten. Andere organisaties zouden soms graag zien dat de SVB actiever toezicht houdt op pgb's, maar de SVB zegt dat hij geen handhavende of toezichthoudende taak heeft. In notulen van overleggen kwamen we ook opmerkingen tegen van organisaties die zich beklagen over de geringe bereidheid van de SVB om gegevens te delen. Het ging daarbij niet zozeer om gerichte vragen over een specifieke zorgaanbieder, maar over het verstrekken van bulkgegevens. Daardoor kon bijvoorbeeld een recent onderzoek van het IKZ naar de omvang van pgb-fraude niet doorgaan.

Casus E – Een landelijk netwerk voor jeugdzorg

In 2018 ontving het IKZ een melding van een gemeente in Overijssel. Die gemeente plaatste probleemjongeren in een lokaal opvangcentrum, met financiering via de Wmo. Het opvangcentrum was onderdeel van een landelijk netwerk. Ook het regionale zorgkantoor financierde hier langdurige-zorgplekken, via de Wlz. De gemeente kreeg echter verontrustende signalen over het opvangcentrum: een verloskundige klaagde over onprofessioneel gedrag, de politie meldde een onveilige situatie en voormalige cliënten uitten beschuldigingen over gebrekkige zorg en fraude. De vraag van de gemeente aan het IKZ was: is jullie meer bekend over deze zorgaanbieder?

Het IKZ wist niet goed wat te doen met deze vraag en gaf geen antwoord. Op dat moment fungeerde de NZa nog als doorgeefluik van gemeenten naar het IKZ; het IKZ plaatste de melding als een signaal in het Verzamelpunt. Van daaruit werd het signaal gedeeld, maar alleen met de gemeente die de melding zelf had verstuurd. Nutteloos dus.

De Overijsselse gemeente ging vervolgens zelf op onderzoek uit om van het contract met deze zorgaanbieder af te komen. Op grond van de Algemene Wet Bestuursrecht vorderde ze onder meer bankafschriften van de zorgaanbieder bij de bank waar gemeente en zorgkantoor hun zorggelden op stortten. Het bleek dat van die zakelijke rekening de huren werden betaald van de in de gemeente actieve zzp'ers, maar ook voor tienduizenden euro's aan privé-uitgaven van de eigenaars van het landelijke netwerk: uitjes, vakanties, een zonnebril, tegels voor de tuin.

Uiteindelijk besloot de gemeente de mogelijke fraude niet aan de kaak te stellen omdat ze inschatte dat dit veel moeite zou kosten. Het contract kon ook worden beëindigd omdat het opvangcentrum zich niet hield aan de Wmo-criteria voor het verlenen van 'veilig, doeltreffend en klantgerichte' zorg. De gemeente stelde het zorgkantoor op de hoogte van alle bevindingen.

Na de contractbeëindiging maakten de zzp'ers die werkten voor het netwerk een doorstart onder een nieuwe naam. Nu leveren ze zorg aan Wlz-cliënten van het zorgkantoor. Tegen de eigenaars van het landelijke netwerk is, voor zover wij konden nagaan, niet opgetreden.

6. Een ingewikkeld speelveld

In de vorige hoofdstukken zagen we dat de afgesproken ‘integrale’ aanpak ontbreekt in de bestrijding van zorgfraude. En ook dat organisaties nauwelijks regie voeren, slecht samenwerken en nogal eens sterke signalen van zorgfraude laten lopen. In hoofdstuk 6 laten we zien dat organisaties moeten werken in een ingewikkeld speelveld. Al is dit volgens ons geen excuus voor de tekortkomingen die wij geconstateerd hebben. Sterker nog: in het lastige werkveld moeten hindernissen in wet- en regelgeving waar mogelijk aangepakt worden, maar ze vragen juist ook om betere samenwerking en doelgerichte activiteiten.

6.1 Financiering en toezichtregimes

In Nederland is het tamelijk eenvoudig een zorgonderneming op te zetten. Ondernemers kunnen daarbij putten uit de verschillende inkomstenbronnen voor het verlenen van zorg. Uit ons onderzoek blijkt dat frauderende zorgaanbieders zich meestal niet toeleggen op één bepaald type cliënt met één specifieke zorgvraag. Meestal combineren deze aanbieders verschillende soorten zorg, zoals thuiszorg, wijkverpleging, beschermd wonen, begeleid wonen of jeugdzorg.



Dat betekent dat deze zorgaanbieders betaald krijgen van verschillende organisaties. Zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten betalen voor de zorg via verschillende wetten (zie figuur 7).

Frauderende ondernemers kunnen dus, nadat ze tegenwerking hebben ondervonden bij de financiering voor de ene soort zorg, op zoek naar inkomstenbronnen voor een andere soort zorg die nog niet zijn dichtgedraaid. In een casus in het oosten van het

land zette een gemeente na onderzoek haar financiering uit de Wmo stop, maar de onderneming ging verder met cliënten die betaald werden uit de Wlz (casus E).

Figuur 7 *Overzicht van financiering en toezicht in de zorg*

Frauderende zorgaanbieders profiteren van het onoverzichtelijke geheel van toezichtregimes

 Veel zorgaanbieders bieden een combinatie van verschillende zorg aan: Jeugdhulp  Jeugdwet	 Financier* Gemeente(n)	 Toezichthouder Gemeente(n) <i>Rechtmatigheid</i> IGJ <i>Kwaliteit</i>
Beschermd wonen  Wmo	Gemeente(n)	Gemeente(n) <i>Rechtmatigheid</i> Gemeente(n) <i>Kwaliteit</i>
Begeleid wonen  Wlz	Zorgkantoor/ -kantoren	Nza <i>Rechtmatigheid</i> IGJ <i>Kwaliteit</i>
Wijkverpleging  Zvw	Zorg- verzekeraar(s)	Nza <i>Rechtmatigheid</i> IGJ <i>Kwaliteit</i>

* Dit gaat zowel om de inkoop van zorg in natura als de financiering van pgb.

6.1.1 Versnipperd toezicht

Voor toezichthouders is dit speelveld ingewikkeld omdat ze ieder afzonderlijk gaan over slechts een gedeelte van de puzzel. Tegenover één frauderende zorgaanbieder staat dus versnipperd toezicht. Toezichthouders moeten daarom wel samenwerken, terwijl ze niet vrijelijk informatie mogen uitwisselen. Een zorgaanbieder die bijvoorbeeld op één locatie beschermd en begeleid wonen aanbiedt voor jeugdigen én volwassenen, heeft voor het toezicht op de rechtmatigheid van declaraties te maken met verschillende instanties. Bij declaraties voor hulp aan mensen met een verstandelijke beperking zijn dat de zorgkantoren (zorgverzekeraars) met op de achtergrond de NZa. Bij declaraties voor zorg voor mensen met psychische problematiek ligt het toezicht bij gemeenten. Maar voor het toezicht op de kwaliteit van de zorg voor deze cliënten is IGJ verantwoordelijk, als het tenminste gaat om jeugdigen. Gaat het om zorg voor volwassenen uit deze doelgroep, dan is juist weer de gemeente aan zet.

6.1.2 Pgb of zorg in natura?

Niet alleen de verschillende toezichtregimes maken het ingewikkeld. Ook verschillen in de manier waarop zorg wordt geleverd leiden tot complicaties voor fraudebestrijders. In de casus uit het midden van het land zagen we bijvoorbeeld dat bij het IKZ duidelijk werd welke gemeenten een vermoedelijke fraudeur financierden via pgb's. Het IKZ zag dit dankzij een informatie-uitvraag bij de SVB die de betalingen uit pgb's regelt. Onbekend was echter dat een andere gemeente via een zorg-in-naturacontract vele tientallen Wmo-clieënten bij dezelfde zorgaanbieder had ondergebracht. Anders dan de 'pgb-gemeenten' was deze gemeente dus niet gewaarschuwd toen de bestuurders plotseling vertrokken en hun cliënten zonder zorg achterlieten. Ook in andere casuïstiek zagen wij dat gemeenten niet van elkaar weten wie zorg-in-naturacontracten met een zorgaanbieder heeft afgesloten.

6.1.3 Ingewikkelde netwerken

Organisaties die zorgfraude bestrijden beklagen zich bovendien over de mogelijkheden die frauderende zorgaanbidders hebben om uit het zicht van toezichthouders te blijven. Behalve dat zorgaanbidders eenvoudig opnieuw een onderneming in de zorg kunnen opzetten, maken ze gebruik van ingewikkelde netwerken van rechtspersonen met niet-transparante uitbestedingsconstructies. Op terugkerende klachten hierover reageerde het kabinet dat toezichthouders als NZa voldoende mogelijkheden hebben. Dit omdat moeder- en dochterbedrijven maar ook speciale factureringsmaatschappijen worden gezien als zorgaanbidders en daarmee onder de bestaande zorgwetten vallen (VWS 2021).

6.2 Persoonsgebonden budget (pgb)

Het pgb is een echte steen des aanstoots voor de zorgfraudebestrijders. Ook wij vragen ons op basis van ons onderzoek af of hier wel voldoende balans is tussen dienstverlening en handhaving. Met een pgb kunnen cliënten zelf zorg inkopen zonder dat gedetailleerd vastgelegd hoeft te zijn welke zorg wanneer moet worden geleverd. De cliënt kan een vast maandbedrag met een zorgaanbieder afspreken⁷, ongeacht het feitelijk geleverde aantal zorguren voor die maand. Voor het OM en de Arbeidsinspectie is het daardoor (in het strafrecht) moeilijk oplichting en valsheid in geschrifte te bewijzen, omdat specifieke facturen ontbreken. Dit is ook de hindernis voor het bestuurlijke toezicht op de rechtmatige bestedingen, dat gemeenten en de NZa uitvoeren. Voor gemeenten geldt bovendien een 'dubbel-opzet-vereiste'. Dit betekent dat gemeenten moeten aantonen dat er opzet in het spel is bij zowel zorgaanbieder als cliënt. De minister heeft aangekondigd deze regel bij de volgende wijziging van de Wmo uit de wet te willen schrappen. Opzet aantonen bij alleen de zorgaanbieder is dan voldoende om in te grijpen.

6.2.1 Spookzorg of minder zorg

Zorgaanbieders frauderen geregeld met pgb's, blijkt uit de casussen die we onderzochten. In de meest extreme gevallen wordt er helemaal geen zorg geleverd. Dat wordt 'spookzorg' genoemd. Dan 'ronselt' de 'zorgaanbieder' bijvoorbeeld cliënten met de belofte alle administratie over te nemen en het pgb-geld onderling te verdelen. In een van onze casussen werden 100 pgb-aanvragen verstuurd vanuit één IP-adres, wat een aanwijzing was voor fraude. Daarnaast kwamen we ook veel signalen tegen over minder geleverde zorg dan was afgesproken en gedeclareerd. In sommige gevallen van pgb-fraude lijkt de pgb-houder moedwillig samen te spannen met de zorgaanbieder, maar het komt ook voor dat de zorgaanbieder door handigheid en intimidatie misbruik maakt van kwetsbare cliënten.

6.2.2 Feiten checken

Geregeld blijkt dat het voor fraudebestrijders moeilijk is na te gaan wat er precies aan de hand is. Dat geldt niet alleen voor pgb-zorg, maar ook voor andere soorten zorg. In de casus uit Zuid-Holland kwamen veel cliënten niet opdagen toen de zorgverzekeraar probeerde vast te stellen of ze wel de zorg kregen waarvoor ze een indicatie hadden en waarvoor betaald werd. In een andere casus kwamen we ook een 'actiedag' tegen waarin gemeenteambtenaren huis voor huis bij pgb-houders langsgingen om informatie te krijgen over de persoonlijke situatie en de feitelijk geleverde zorg.

6.2.3 ‘Gedragslijnen’

Ten slotte merken we op dat problemen bij de pgb-fraudebestrijding ervoor zorgen dat organisaties werken volgens tamelijk rigoureuze ‘gedragslijnen’. De NZa bijvoorbeeld legt signalen van pgb-fraude meestal bij voorbaat naast zich neer omdat de wet onvoldoende bevoegdheden zou geven om ertegen op te treden. De landsadvocaat bestrijdt dit standpunt, maar intussen houdt de NZa vast aan de gedragslijn. Ook het OM en de Arbeidsinspectie zijn terughoudend pgb-fraude aan te pakken. Eén grote pgb-zaak brachten ze voor de rechter om een signaal af te geven, daarna gaven ze vermoedens over pgb-fraude nog maar weinig aandacht.

6.3 Privacywaarborgen en delingsgrondslagen

In dit rapport hebben we al vaker de problemen bij informatiedeling genoemd. De huidige wetgeving bepaalt dat informatie in diverse situaties niet kan worden gedeeld, waardoor privacybescherming een serieuze hindernis vormt voor de effectieve bestrijding van zorgfraude. Dat geldt bijvoorbeeld voor de gegevensuitwisseling tussen zorgkantoren (inkoop Wlz) en gemeenten (inkoop Wmo en Jeugdwet) die geregeld te maken hebben met dezelfde zorgaanbieder. Om dit op te lossen is nieuwe wetgeving in voorbereiding.

6.3.1 Discussies over informatiedeling

Zelf deden we geen onderzoek naar de talrijke specifieke juridische delingsgronden waar organisaties mee te maken hebben. Maar we merken wel op dat de wettelijke bepalingen en nadere regels, net als bevoegdheden, discussie oproepen en verschillend geïnterpreteerd kunnen worden. Vooral de organisaties die samenwerken in het IKZ discussiëren veel over hoe en hoe vaak ze signalen van zorgfraude moeten delen. Ze worden het hierover niet eens.

De NZa geeft bijvoorbeeld vrijwel al haar signalen door aan het Verzamelpunt Zorgfraude van het IKZ. Maar andere organisaties zijn veel terughoudender. Ook de informatie-uitwisseling met niet-deelnemers aan het IKZ zoals Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV), de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) en de RIEC's (de regionale samenwerkingsverbanden tegen ondermijnende criminaliteit) verloopt problematisch. Eind 2020 lagen er voorstellen om het IKZ op dit punt te verbeteren, maar de TIZ-partners namen deze niet in behandeling omdat een wettelijke grondslag ontbreekt. Ook het ontwerp voor een nieuwe wet (zie § 6.4) voorziet daar niet in.

6.3.2 Verschillen in interpretatie

Vaak lijkt het bij de problemen met gegevensdeling ook te gaan om veranderende interpretatie van bestaande regels en afspraken. Dat gebeurt bij meerdere organisaties, zien we in ons onderzoek. De FIOD en de Belastingdienst zijn in de loop van de tijd steeds minder informatie gaan delen. Ze beroepen zich op fiscale geheimhouding. Ook het CIZ speelt minder signalen door naar het IKZ. Dit onder meer omdat er binnen de organisatie “meer aandacht” voor privacy is gekomen. In 2019 stopten zorgverzekeraars zelfs helemaal met het delen van fraudesignalen met het IKZ, omdat ze te weinig vertrouwen hadden in de manier waarop informatie werd gedeeld. Op de achtergrond speelde de vrees dat ze daar door zorgaanbieders juridisch op zouden worden aangesproken. De nieuwe werkwijze die uit dit conflict voortkwam, schrijft voor dat IKZ-partners veel terughoudender omgaan met de namen van ondernemingen waarover signalen van zorgfraude binnenkomen. Hoewel we begrijpen dat dit vanuit privacy overwegingen verdedigbaar kan zijn, betekent dit in de praktijk ook dat de bestrijding van zorgfraude minder effectief is.

6.4 Nieuwe wet- en regelgeving

Veel van de knelpunten die we in dit hoofdstuk beschrijven, hebben al de aandacht van zorgfraudebestrijdende organisaties. Ze bespreken de knelpunten deels in de TIZ, onder leiding van het Ministerie van VWS (zie ook § 4.5). De TIZ-partners sturen ook ‘signaleringsbrieven’ aan de minister.

6.4.1 Organisaties signaleren knelpunten

Parallel aan de TIZ organiseren de uitvoerende TIZ-deelnemers een ‘leercirkel’ om problemen te identificeren en oplossingen te bedenken. Die activiteiten leiden sinds 2016 tot jaarlijkse signaleringsbrieven aan de minister van VWS waarin de organisaties vragen om verbeteringen van wet- en regelgeving zodat ze zorgfraude effectiever kunnen bestrijden. Uit een interne evaluatie uit december 2020 van die signaleringsbrieven bleek dat ze tot dat moment nog nauwelijks tot echte wijzingen hadden geleid: “De meeste maatregelen zijn nog allemaal actueel en niet afgerond. Als gevolg zijn er weinig zichtbare resultaten voor de keten en lijkt er niet aan de signaleringen tegemoet te zijn gekomen.”

6.4.2 Niet alle knelpunten leiden tot maatregelen

De versnippering van het toezicht op zorgfraude ligt besloten in het stelsel. Minister en Tweede Kamer hebben geen plannen het stelsel te herzien. Een deel van de voorstellen voor kleinere aanpassingen binnen het stelsel, krijgt geen gehoor bij de minister. Als toezichthouders de klacht uiten dat ze te weinig bevoegdheden zouden

hebben om fraude goed te bestrijden, spreekt de minister deze klacht in zijn reacties op de signaleringsbrieven regelmatig tegen (VWS 2019a en VWS 2020).

Als het gaat om zorgen over de kwetsbaarheid van het pgb – en dan vooral het maandloon – geldt iets anders. Op dit punt gaf de minister van VWS duidelijk aan dat de voordelen van het pgb opwegen tegen de nadelen. In de Tweede Kamer zei hij in 2020: “Ik vind het eigenlijk niet eens een dilemma, want ik ga dat niet doen. Ik denk namelijk dat maandloon binnen het pgb voor sommige mensen echt een uitkomst is. Als we het anders zouden doen, zouden we op een gierende manier de administratieve lasten in het pgb gaan verhogen, en daar ben ik niet voor” (Tweede Kamer 2020a). Iets vergelijkbaars geldt voor de mogelijkheid om ongecontracteerde zorg te blijven leveren. Dit is kwetsbaar voor fraude. Voor de minister van VWS wegen ook in dit geval de nadelen niet op tegen de voordelen (Tweede Kamer 2020a).

6.4.3 Sommige knelpunten leiden tot een nieuwe wet

Sommige andere knelpunten brachten de minister er wel toe nieuwe wet- en regelgeving voor te bereiden. Per 1 januari 2022 is de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) ingegaan. Die bepaalt onder meer dat zorgaanbieders met meer dan 10 zorgverleners een vergunning moeten aanvragen om te worden toegelaten. Dit werpt een hogere drempel op voor ondernemers om ‘zomaar’ een zorgbedrijf te starten. De bijhorende aanpassingswet regelt bovendien dat het toezicht op de jaarverantwoordingsplicht en transparant financieel beheer niet meer bij IGJ ligt, maar bij de NZa. Dat zou beter bij de NZa passen omdat die toch al ging over het proces van declareren.

6.4.4 Over andere nieuwe wetgeving is nog volop discussie

Het Wetsvoorstel bevordering samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) is een belangrijke verandering in de wetgeving voor de zorg. Bij de val van het kabinet Rutte III werd het voorstel door de Tweede Kamer “controversieel” verklaard en bij sluiting van dit onderzoek was nog niet zeker of de wet er inderdaad komt. In de Wbsrz staat dat er een Waarschuwingsregister Zorgfraude moet komen. Hierin kunnen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten elkaar waarschuwen voor bekende zorgfraudeurs. Iedere organisatie die zorg inkoop kan het register bekijken voordat ze een contract afsluit met een zorgaanbieder.

In het Wbsrz-voorstel staat ook dat het IKZ straks geen samenwerkingsverband meer is, maar een stichting – dus een zelfstandige rechtspersoonlijkheid. Dit biedt een samenhangende wettelijke basis voor het verrijken en uitwisselen van

informatie. Het idee is dat IKZ-partners zo ook makkelijker en beter kunnen samenwerken en informatie kunnen delen. Daarnaast houdt het wetsvoorstel in dat gemeenten automatisch lid worden van het IKZ.

Ons viel op dat uitvoerende organisaties veel twijfel hadden over het wetsvoorstel en de bijbehorende algemene maatregel van bestuur. Het OM, de NZa, IGJ en het IKZ zelf vrezen bijvoorbeeld dat het delen van signalen niet makkelijker, maar juist moeilijker wordt gemaakt. Dat zou het gevolg zijn van hogere drempels voor de informatieoverdracht.⁸ Die zouden de meerwaarde van het IKZ ondergraven. Het Ministerie van VWS is veel optimistischer. Medewerkers van dit ministerie menen dat de uitvoerende organisaties blijkbaar vrij veel moeite hebben om te “doorgronden” hoe het IKZ in de toekomst gaat werken.

Op basis van ons onderzoek kunnen wij niet bepalen welke inschatting de juiste is. Wij stellen alleen vast dat dit soort meningsverschillen in de TIZ lang kunnen bestaan en meestal maar tot op zekere hoogte worden overbrugd. Verder geeft de inschatting van de uitvoerders aan dat in elk geval het risico bestaat dat het IKZ in zijn nieuwe vorm een effectieve fraudeaanpak moeilijker maakt.

Tot slot noemen we nog enkele wetsvoorstellen die vertraging hebben opgelopen of door de minister zijn teruggetrokken. Dit zijn:

- Een wetsvoorstel om strengere eisen te stellen aan de bedrijfsvoering van zorgaanbieders (Wibz). Dit voorstel is vertraagd.
- Het wetsvoorstel Verbetering toezicht en opsporing Wet marktordening gezondheidszorg (VTO Wmg). Deze wet had de NZa meer mogelijkheden moeten geven bij het tegengaan van spookzorg en pgb-fraude. De minister van Medische Zorg heeft het wetsvoorstel in 2019 ingetrokken zonder dat duidelijk is wat er nu gaat gebeuren.
- In oktober 2020 liet de minister van VWS ook weten het voornemen tot een Wet ongecontracteerde zorg in te trekken. Dit omdat volgens de minister het deel wijkverpleging in de ongecontracteerde zorg zoveel kleiner was geworden, dat het niet meer nodig was het wetsvoorstel in te dienen. ZN zegt hierover in de meest recente jaarrapportage over fraudebeheersing daarentegen: “Het aandeel ongecontracteerde zorgaanbieders is groot bij de fraudeonderzoeken in vooral de wijkverpleging (ZN 2021)”.

Casus F – Een thuiszorgorganisatie die alleen pgb-zorg levert

Over een thuiszorgorganisatie in het westen van Nederland kwamen tussen 2016 en 2020 bij het IKZ 5 verschillende signalen binnen over mogelijke zorgfraude. Het ging om een aanbieder die zorg levert via Wmo, Zvw én Wlz, allemaal met persoonsgebonden budgetten (pgb's).

Belastende informatie kwam vooral van de gemeente waarin de organisatie was gevestigd. De regionale GGD had als toezichthouder Wmo een onderzoek gedaan naar de aanbieder en op grond daarvan zette de gemeente alle pgb's stop. Na advies van de VNG en IGJ stelde de gemeente een rechtmatigheidsonderzoek in waarbij in 2019 fraude werd aangetoond. Dat leidde een jaar later tot een claim van de gemeente van meer dan € 100.000.

De gemeente zag bovendien mogelijkheden voor een strafrechtelijke vervolging van de zorgaanbieder en benaderde daarvoor de Arbeidsinspectie. Die raadde de gemeente echter af om aangifte te doen, omdat dat veel werk zou opleveren en de kans klein was dat deze zaak zou worden opgepakt. Bovendien vond de Arbeidsinspectie het fraudebedrag laag en had de gemeente de fraude al gestopt. Maar de Arbeidsinspectie onderzocht niet of deze zorgaanbieder ook in andere gemeenten actief was. Op onze vraag waarom niet, zegt de Arbeidsinspectie dat het meer de taak van de gemeente is om dit soort informatie op te vragen bij andere gemeenten.

De Arbeidsinspectie had bij die beslissing evenmin in beeld of de zorgaanbieder, naast Wmo-zorg betaald door de gemeente, ook Zvw- en Wlz-zorg leverde. Deze zorg wordt betaald door zorgverzekeraars en zorgkantoren. Enkele van hen kwamen onrechtmatige facturen tegen van de zorgaanbieder. Dat leidde in een geval tot een eis geld terug te betalen. Deze verzekeraar doet ook onderzoek, dit is nog niet afgerond.

De NZa legde de meldingen naast zich neer omdat het aandeel verzekerde zorg beperkt was. IGJ voerde wel toezicht uit en zag al vanaf 2017 problemen met veilige en goede zorg. Toen IGJ eind 2018 oordeelde dat de organisatie grotendeels aan de normen hiervoor voldeed, was ze op de hoogte van de eerste uitkomsten van het fraudeonderzoek van de gemeente. De zorgaanbieder greep het nieuwe rapport van IGJ onmiddellijk aan in zijn juridische verweer tegen de gemeente. Die gemeente probeerde toen vergeefs een schikking te treffen met de zorgaanbieder en heeft nu een dagvaarding voor een civiele procedure in voorbereiding. Intussen is deze zorgaanbieder nog altijd actief.

7.

Conclusies en aanbevelingen

We komen tot de conclusie dat de fraudebestrijding in de praktijk niet of nauwelijks doeltreffend is. Uit ons onderzoek blijkt dat de aanpak zelfs bij de sterkste signalen van fraude weinig opleverde. In de meeste gevallen deden de organisaties die verenigd zijn in de Taskforce Integriteit Zorg (TIZ) onvoldoende om vast te stellen of er fraude werd gepleegd. Als de fraude wél werd aangetoond, leidde dit er meestal niet toe dat de fraudeur ermee stopte of zelfs ook maar aanmerkelijk gehinderd werd.

Wij vinden dit zorgelijk gezien de risico's die kwetsbare en hulpbehoevende burgers lopen door het optreden van zorgfraudeurs en de grote sommen publiek geld die er vermoedelijk mee gemoeid zijn.

Onze conclusie betekent ook dat het doel van het kabinet om onregelmatigheden in de zorg fors te verminderen, niet gerealiseerd wordt. In elk geval niet met de manier waarop de handhaving bij zorgfraude nu functioneert. Hoewel dit moeilijk in cijfers is uit te drukken, wijst alles erop dat de pakkans laag is voor ondernemers die frauderen met zorggeld.

In dit onderzoek zagen we dat organisaties onderling veel informatie over mogelijke fraude met elkaar uitwisselen. Niet altijd verloopt dat soepel en soms is de privacy-bescherming zelfs belemmerend voor een effectieve aanpak, maar een belangrijker hindernis is dat organisaties die zorgfraude bestrijden in onze casussen bijna nooit stappen zetten tot zinvolle actie op basis van de beschikbare informatie. In theorie gaan de beleidsdocumenten uit van een 'integrale aanpak' waarbij alle instrumenten worden overwogen die de fraude kunnen stoppen. Per geval wordt dan bekeken welke acties het beste werken. Maar in de praktijk is die afweging er niet of

nauwelijks. Wat vooral ontbreekt, is tijdige regie bij acties om de fraude te bewijzen en interventies te plegen.

Bij de zorgfraudebestrijding werken organisaties in de handhaving niet goed samen. Daarbij valt op dat iedere organisatie meestal handelt vanuit haar eigen, beperkte rolopvatting en dat er geen gezamenlijk perspectief is. Daardoor laten ze nogal eens signalen van fraude lopen. Bijna alle fraudebestrijdende organisaties hebben een beperkte capaciteit. Daarbinnen baseren ze zich vooral op hun eigen afwegingen als ze prioriteiten stellen of beleidskeuzes maken. Daarbij is het ook nog de vraag of ze elkaar altijd informeren over hun prioriteiten en beleidskeuzes. De minister van VWS zou hier beter op moeten toezien om te voorkomen dat de gezamenlijke bestrijding van zorgfraude hieronder lijdt.

Ten slotte stellen we vast dat de organisaties die zorgfraude moeten bestrijden, moeten werken binnen een ingewikkeld stelsel van bekostiging en toezicht. Dit stelt extra eisen aan de onderlinge samenwerking. Toch zijn wij er in het onderzoek van overtuigd geraakt dat de organisaties in het bestaande stelsel meer kunnen doen dan ze nu doen. Voor een deel van de problemen brengt de minister van VWS verbeteringen aan. Bijvoorbeeld strengere toelatingseisen voor zorgaanbieders en een voorstel voor een waarschuwingsregister. Voor een ander deel houdt de minister kwetsbaarheden bewust in stand, omdat hij er ook voordelen voor de burger aan verbonden ziet. Dat geldt bijvoorbeeld voor het persoonsgebonden budget. Maar op verschillende andere terreinen is er nog geen zicht op verbetering. Als het IKZ, volgens het wetsvoorstel, een stichting wordt, bestaat zelfs het risico dat de fraudebestrijding juist minder goed gaat werken.

We bevelen de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister voor Langdurige Zorg en Sport daarom het volgende aan:

- Houd toezicht op de naleving van de verantwoordelijkheden en afspraken over inzet en prestaties van de organisaties die rechtstreeks onder uw ministeriële verantwoordelijkheid vallen (IGJ en NZa) of als opdrachtnemer voor u werken (Arbeidsinspectie). Stuur direct bij als afspraken niet worden nagekomen.
- Maak sluitende afspraken met de minister van Financiën en de minister van Justitie en Veiligheid over de beschikbare inzet en de na te streven prestaties van Belastingdienst en FIOD respectievelijk het Openbaar Ministerie.
- Zorg ervoor dat de partijen in de uitvoering expliciet afspreken wie bij sterke signalen van fraude de regie op de opvolging neemt, zodat ze sneller en waar nodig samen in actie komen om fraude aan te tonen en in te grijpen.
- Zorg dat de partijen in de uitvoering alle mogelijkheden benutten die hen binnen de bestaande wettelijke kaders ter beschikking staan.

8.

Bestuurlijke reactie en nawoord

De minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft op 21 maart 2022 gereageerd op ons conceptrapport. Hieronder geven we een samenvatting van deze reactie weer. De volledige reactie staat op www.rekenkamer.nl. Dit hoofdstuk sluiten wij af met een nawoord.

8.1 Bestuurlijke reactie minister voor Langdurige Zorg en Sport

De minister deelt ons oordeel dat de resultaten van het onderzoek zorgelijk zijn. Onze conclusies en aanbevelingen zijn volgens de minister helder en maken duidelijk dat er actie nodig is. Het rapport geeft volgens de minister aan dat het beter kan en beter moet. Het biedt bruikbare handvatten om dat ook te doen. De minister kan zich in onze aanbevelingen vinden en zal deze samen met de resultaten van het onderzoek gebruiken om de aanpak van zorgfraude te verbeteren. Hierover zal ze voor het zomerreces een brief aan de Tweede Kamer verzenden. Daarin zal ze ook ingaan op maatregelen die voortvloeien uit het coalitieakkoord en de recent gehouden evaluatie van de samenwerking in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ).

Over de eerste twee aanbevelingen, die gaan over het toezicht op de deelnemers aan de TIZ en sluitende afspraken over prestaties, zegt de minister dat ze met de partijen gaat overleggen hoe dit het beste vorm valt te geven. Een vraag is hoe zij transparanter kunnen zijn over hun inzet en prestatie waardoor ze zich ook meer toetsbaar gaan opstellen. Ook wil de minister een meer zorgvuldig afgewogen inzet van het bestuurs- en privaatrecht en spreekt zij van een nadrukkelijker rol voor de Nederlandse Zorgautoriteit.

De minister noemt een goede samenwerking binnen de TIZ, dat onder voorzitterschap staat van het Ministerie van VWS, essentieel voor de fraudebestrijding in de zorg. Dit heeft de volle aandacht van het departement. Volgens de minister zijn recent al ontwikkelingen in gang gezet, ook in vervolg op de evaluatie van het huidige TIZ-convenant. Besloten is dat de samenwerking komend jaar meer resultaatgericht moet zijn, met een focus op het verstoren en stoppen van niet-integere zorgbestuurders en ondernemers in de zorg. De minister is het met ons eens dat hierin extra stappen moeten worden gezet. Gezamenlijke resultaatgerichte projecten zijn volgens de minister een goed voorbeeld en een belangrijke eerste stap.

Ook de aanbeveling dat partijen alle wettelijke mogelijkheden benutten die ze al hebben, onderschrijft de minister. Er kan meer dan men nu in de praktijk doet. Omdat de grondslagen voor gegevensuitwisseling vatbaar blijken voor verschillende interpretaties, ontstaat te vaak discussie over de toepasbaarheid en bruikbaarheid. In plaats van nadruk op nieuwe wetten, wil de minister in gesprek met de partijen om de uitvoeringspraktijk te versterken, bijvoorbeeld door het delen van goede voorbeelden uit de praktijk.

Uit het onderzoek komt naar voren dat zorgverzekeraars en gemeenten soms met enig succes contracten stopzetten, maar fraudeurs regelmatig onder nieuwe namen actief blijven in de zorg. De minister is zich hiervan bewust en vindt dit ongewenst. Ze wijst op het Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz) dat moet zorgen dat fraudeurs hun activiteiten niet in een andere gemeente of bij een andere zorgverzekeraar kunnen voortzetten. Gemeenten en zorgverzekeraars moeten hier met een Waarschuwingsregister zicht op krijgen.

De minister schetst in haar reactie enkele dilemma's waarin (politieke) afwegingen gemaakt moeten worden. Onder andere tussen fraudebestendige regels en de wens om het burgers en ondernemers niet te moeilijk te maken de regie over zorg in eigen hand te nemen. Ook moet gezocht worden naar een balans tussen het respecteren van de privacy en de grotere effectiviteit in de opsporing door het uitwisselen van gegevens. Uitdrukkelijke aandacht voor noodzakelijkheid en proportionaliteit gaat soms ten koste van de effectiviteit van de opsporing, maar dat is de prijs die we willen en moeten betalen voor het respecteren van die privacy. Het viel de minister op dat we in het rapport aan deze balans minder aandacht schenken. Daar waar gegevensuitwisseling noodzakelijk en proportioneel is, wil de minister voor zover dat nog niet gebeurd is, zorgen voor een wettelijke basis.

Verder wijst de minister er op dat niet alle signalen van zorgfraude kunnen worden opgepakt. De beschikbare opsporings- en handhavingscapaciteit maakt prioriteitsstelling noodzakelijk. Het vorige kabinet heeft besloten de capaciteit van de Nederlandse Arbeidsinspectie met 20 fte uit te breiden, maar krapte op de arbeidsmarkt hindert een snelle vervulling van vacatures. Ook het Openbaar Ministerie moet gezien de beperkte capaciteit afwegingen maken. Daarbij speelt volgens de minister ook het dilemma tussen de wens om zorgfraudeurs aan te pakken, en de waarborgen in het strafrecht voor verdachten en veroordeelden. Deze waarborgen hebben noodzakelijkerwijs effect op de effectiviteit van het strafrecht.

8.2 Nawoord Algemene Rekenkamer

Onze conclusie is dat de bestrijding van zorgfraude niet of nauwelijks werkt en we beschrijven hoe dat wordt veroorzaakt. In haar reactie laat de minister voor Langdurige Zorg en Sport zien dat ze de resultaten van ons onderzoek serieus neemt.

De minister gaat in op het grote belang van de aansturing van de verschillende organisaties in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ), en de speciale verantwoordelijkheid van haar departement als voorzitter van dat gremium. Wij wijzen in aanvulling daarop op onze tweede aanbeveling, waarin staat dat ook sluitende afspraken nodig zijn met de minister van Financiën en de minister van Justitie en Veiligheid. Hoewel de minister zegt alle aanbevelingen over te nemen, heeft de minister hierop niet specifiek gereageerd.

Wij zijn positief over het feit dat de samenwerking in de TIZ onlangs is geëvalueerd en dat daarbij alvast gebruik gemaakt kon worden van de bevindingen uit ons onderzoek. We kijken met belangstelling uit naar de nadere brief die de minister voor het zomerreces naar de Tweede Kamer wil sturen.

De minister zegt in haar reactie dat we in ons rapport minder aandacht besteden aan de noodzakelijke balans tussen het respecteren van privacy en de effectiviteit van het opsporen van zorgfraude. Het bepalen van deze balans is bij uitstek aan regering en parlement gezamenlijk. Daarbij is het van belang oog voor beide kanten te hebben.

Bijlagen

Bijlage 1 Methodologische verantwoording

Centraal in dit onderzoek staat de vraag of er in Nederland sprake is van een effectieve bestrijding van zorgfraude. De onderzoeksvragen die we daarbij stellen zijn:

1. Hoe verloopt de bestrijding van fraude bij zorgaanbieders in de praktijk? (beschrijvend)
2. In hoeverre is er bij de bestrijding van zorgfraude – en dan primair in de handhaving – sprake van een doeltreffende aanpak? (toetsend)
3. Zo niet, wat zijn de voornaamste hindernissen die een effectieve aanpak in de weg staan? (verklarend)
4. Indien de fraudebestrijding niet of minder doeltreffend blijkt te zijn, welke gevolgen heeft dat dan? (verklarend)

Dit onderzoek is in de eerste plaats een onderzoek naar doeltreffendheid van de aanpak in de praktijk. Daarbij hebben we gekozen voor een ‘bottom-up’-benadering waarbij we vanuit de praktijk lessen konden formuleren voor ‘het systeem’.

Voor ons onderzoek namen we zaken met sterke signalen van zorgfraude als uitgangspunt. We onderzochten waartoe die signalen hebben geleid, als gevolg van de activiteiten van organisaties die zorgfraude bestrijden. De techniek die we daarbij toepasten heet ook wel *procestracing*: we verzamelden bij alle zorgfraudebestrijdende organisaties alle beschikbare informatie. Met die informatie hebben we een reeks van gebeurtenissen gereconstrueerd, waarin een verband tussen oorzaak en gevolg aannemelijk was. In de praktijk bleek dat er meerdere ronden van

informatie-uitwisseling nodig waren, om onduidelijkheden en inconsistenties op te lossen. Uiteindelijk konden we zo vaststellen welke informatie de organisaties kregen, welke afwegingen ze maakten, al dan niet gezamenlijk, welke acties ze uitvoerden en tot welke resultaten dat alles leidde. We keken naar de feiten die zich voordeden vanaf 1 januari 2018, maar waar nodig ook eerder. Het feitenonderzoek sloten we af op 30 juni 2021. Feiten in de casuïstiek van na die datum zijn niet opgenomen.

Om in het onderzoek ook een algemener oordeel te kunnen geven over de doeltreffendheid van de zorgfraudeaanpak, selecteerden we voor de procestracing ‘kritische casussen’. Dat zijn casussen die in potentie over meer gaan dan over de gebeurtenissen in de casus alleen. Deze selectie deden we in 2 fasen die we hierna beschrijven.

Eerste fase van het onderzoek

Tijdens de casusselectie in de eerste fase van het onderzoek selecteerden we 11 zaken met sterke fraudesignalen volgens het ‘*most-likely-cases*’-principe. Bij sterke signalen van zorgfraude gingen wij ervan uit dat organisaties samen hun best zouden doen om uit te zoeken of er inderdaad sprake was van fraude. En indien dat werd aangetoond de fraudeur te stoppen of in elk geval aanmerkelijk te hinderen. Op grond van de informatie die we verzamelden, geldt voor de *most likely cases* deze verwachting *het meest*. De signalen in deze casussen waren dus het sterkst van alle fraudesignalen die we tegenkwamen.

In de eerste onderzoeksfase selecteerden we 7 van deze casussen bij het IKZ. Op grond van de beleidsstukken mochten we ervan uitgaan dat bij het IKZ de belangrijkste signalen van zorgfraude terecht zouden komen. Omdat we echter niet zeker wisten of er daarnaast geen andere informatiestromen waren, selecteerden we daarbovenop nog 4 casussen bij zorgverzekeraars en gemeenten die als financiers van zorg ‘aan de poort’ zitten.

De casussen waaruit wij bij het IKZ kozen ontstaan doordat organisaties die fraude bestrijden diverse signalen over dezelfde zorgaanbieder bijeenbrengen en eerste pogingen doen om die bijeengebrachte informatie te ‘verrijken’. Die gebundelde informatie namen we bij de selectie van onze casussen mee, maar het verdere verloop van zo’n zaak lieten we buiten beschouwing. Kennis daarover zou een *bias* (vooroordeel) in ons onderzoek opleveren.

In de tabel staat een verdeling van de uiteindelijke casusselectie in de eerste fase, naar bron en zorgtype:

	IKZ	Zorgverzekeraars	Gemeenten	Totaal
Wijkverpleging	3	1	0	4
Wonen	3	1	0	4
Jeugdhulp	1	0	2	3

Selectie bij het IKZ

Bij het IKZ selecteerden we de casussen uit het Verzamelpunt Zorgfraude (VPZF) dat daar in beheer is. Die selectie verliep in de volgende stappen:

Van VPZF naar longlist

In het VPZF staan alle signalen over een specifieke zorgaanbieder die organisaties bij het IKZ aanleveren, ongeacht met wie die signalen worden gedeeld. Als eerste stap maakten we 3 longlisten per te onderzoeken zorgtype (wijkverpleging, beschermd en/of begeleid wonen en jeugdhulp). Hiervoor selecteerden we per zorgtype alle zorgaanbieders waarover in de periode 2018 tot en met augustus 2019 in het VPZF signalen waren aangemaakt. Hierbij ging het alleen om de ‘unieke signalen’ (dit ter onderscheid met ‘afgeleide signalen’. Dat zijn signalen die worden aangemaakt wanneer ze worden gedeeld wordt met een andere organisatie en dan een nieuw signaalnummer krijgen).

Opstellen selectielijst

Vervolgens beoordeelden we de verzamelde informatie over zorgaanbieders op de longlist. Dat deden we op basis van de signaalformulieren die in het VPZF waren ingebracht en de verrijking van informatie die het IKZ had toegevoegd. Vervolgens selecteerden we de zorgaanbieders die voldeden aan al deze 3 criteria:

- De melding is concreet, met geloofwaardige details.
- Er is aanvullende belastende informatie uit ten minste een tweede bron.
- De opzet is aannemelijk (geen fouten als gevolg van slordigheid).

Dit leidde tot deze verdeling van zorgaanbieders per zorgtype:

Zorgdomeintype	Longlist	Selectielijst
Wijkverpleging	91	35
Wonen	52	20
Jeugdhulp	10	1

Uiteindelijke selectie casussen

De casussen op de selectielijst voldeden allemaal aan de criteria, maar ze waren nog niet gewogen. Bij de selectie kozen we dus vervolgens per zorgtype de casussen die *het meest* aan de 3 eerdergenoemde criteria voldeden, zodat de casussen met de sterkste signalen overbleven voor het onderzoek. Hierbij letten we onder meer op:

- mate van concreetheid;
- diversiteit van bronnen;
- aannemelijkheid van opzet;
- omvangrijkheid van fraude;
- bron van melder (van binnenuit);
- structurele misdragingen;
- meerdere soorten incidenten;
- melding met naam (in plaats van anoniem);
- terugkomen persoonsnaam bij meerdere aanbieders;
- gebruik van meerdere locaties door zorgaanbieder.

Uiteindelijk leidde dit tot de selectie van 3 casussen in de wijkverpleging en 3 in beschermd of begeleid wonen. De enige overgebleven casus in de jeugdhulp bracht het totaal op 7. Deze selectie hebben we nog voorgelegd aan het IKZ. Het IKZ herkende 6 van de 7 casussen als “notoire” zaken.

Casussen zorgverzekeraars en gemeenten

Omdat we vooraf niet zeker konden weten of alle belangrijke signalen van zorgfraude met het IKZ gedeeld zouden worden, selecteerden we ook casussen bij zorgverzekeraars en gemeenten. Uiteindelijk selecteerden we bij 2 individuele zorgverzekeraars van elk één casus en bij 2 individuele gemeentelijke organisaties ook van elk één casus. Die gemeenten en zorgverzekeraars kozen we om hun bij ons gebleken actieve houding bij het bestrijden van zorgfraude.

Om alle zorgtypen mee te kunnen nemen in ons onderzoek, vroegen we de zorgverzekeraars om casussen in wijkverpleging en begeleid wonen aan ons voor te dragen en aan gemeenten om datzelfde te doen voor casussen in jeugdhulp.

Daarbij verzochten we deze organisaties een selectie van casussen te maken die voldeden aan onze criteria voor *most-likely-cases*:

- serieuze aanwijzingen voor zorgfraude;
- meest duidelijke zaken;
- ernstige zaken (vermoedelijke omvang, leed);
- betrokkenheid meerdere organisaties bij aanpak;
- uitkomst speelt geen rol;
- aanwijzingen zijn ontstaan tussen 2018 en 1 september 2019.

Op basis van de selectie die de organisaties aan ons voorlegden, maakten we, na overleg met de betreffende organisatie, de keuze voor een casus.

Tweede fase van het onderzoek

In de tweede fase van het onderzoek selecteerden we niet op basis van de signalen (input), maar op het bereikte effect (outcome of output). Daarbij stond telkens het ingrijpen centraal van een van de centrale fraudebestrijdingsorganisaties:

- een casus van een fraudeur die is gestopt als gevolg van strafrechtelijk ingrijpen door het OM en de Arbeidsinspectie;
- een casus van een fraudeur die is gestopt als gevolg van ingrijpen door de NZa;
- een casus van een fraudeur die is gestopt als gevolg van interventies door IGJ.

Om tot deze selectie te komen, hebben we elk van deze organisaties gevraagd meerdere casussen voor te dragen. Het moest gaan om casussen binnen de zorgtypen waar volgens deze organisaties het meeste effect is bereikt in de fraudebestrijding en -handhaving. Het onderzoeksteam selecteerde uit die 3 verzamelingen na overleg met de aandragende organisatie telkens één casus, waarbij vooral het perspectief van deze organisatie leidend was.

Alle voorgedragen casussen gingen over zorgaanbieders actief in thuiszorg en wijkverpleging. We hebben ervoor gekozen dit niet te corrigeren omdat 'het effect' in deze fase het doorslaggevende selectie criterium was. Daarbij speelde een rol dat de 3 geselecteerde casussen weliswaar over wijkverpleging gaan, maar dat we desondanks te maken zouden krijgen met verschillende soorten bekostiging en leveringsvormen.

Wet openbaarheid bestuur

De Algemene Rekenkamer maakt als Hoog College van Staat geen deel uit van de uitvoerende macht en valt om die reden niet onder de in de Wet openbaarheid van bestuur (Wob) genoemde bestuursorganen (zie ook Algemene wet bestuursrecht, artikel 1.1, 2e lid onder e). Dit betekent dat de gegevens die door de Algemene Rekenkamer zijn verzameld in het kader van haar onderzoek en die bij haar berusten, niet opvraagbaar zijn op basis van de Wob.

Toetsend onderzoek

In dit onderzoek hebben we getoetst in hoeverre aan door ons vastgestelde normen is voldaan. Op grond daarvan hebben we een oordeel gegeven. Daarmee is dit onderzoek een toetsend onderzoek. Bij de uitvoering van het onderzoek door de Algemene Rekenkamer worden de internationale principes van rekenkameronderzoek (IFPP) gevolgd. Deze principes hebben onder meer betrekking op onafhankelijkheid, transparantie en integriteit (zie www.issai.org).

Bijlage 2 Normenkader

Bij het beantwoorden van toetsende onderzoeksvragen gebruikt de Algemene Rekenkamer een normenkader. Zo'n kader geeft in feite onze verwachtingen weer als we kijken naar de beleidstheorie van het onderzoeksonderwerp. Behalve aan het algemene doel om zorgfraude te verminderen, waarbij wij de verwachting hebben dat bij de sterkste signalen een fraudeur na het aantonen van de fraude wordt gestopt of aanmerkelijk wordt gehinderd, toetsen we in het onderzoek de aangetroffen feitelijke situatie aan het normenkader.

Een eerste versie van dit normenkader is voor commentaar aan betrokken organisaties voorgelegd. Tijdens de uitvoering van het onderzoek hebben we het normenkader gestroomlijnd en op enkele onderdelen nog aangevuld, hoofdzakelijk op basis van het *Handhavingskader Zorg*. Bij de bestrijding van zorgfraude onderscheiden we de volgende elementen:

- actief verzamelen;
- tijdig signaleren;
- gedegen onderzoek;
- voldoende onderbouwing;
- samenwerkende organisaties;
- interventies.

Dit leidt tot de volgende normen:

Actief verzamelen:

- Organisaties verzamelen actief blijken of signalen van zorgfraude en hebben elk hun eigen rol en verantwoordelijkheid hierin.

Tijdig signaleren:

- Organisaties verkrijgen sterke signalen van zorgfraude tijdig door het systematisch verwerken van blijken of meldingen die zij ontvangen.

Gedegen onderzoek:

- Een organisatie onderzoekt in principe ieder sterk signaal van zorgfraude dat haar bereikt en komt hierbij tot een onderbouwd oordeel.
- Het onderzoek gebeurt doelmatig en waar nodig in samenwerking met andere organisaties.

- Keuzes maken en/of het sterke signalen van fraude laten lopen is gebaseerd op criteria die zijn vastgelegd door de bestuurder van de betrokken organisatie.
- De betrokken organisatie beschikt over voldoende budget en personeel om het onderzoek uit te (laten) voeren.

Voldoende onderbouwing:

- De onderbouwing van het oordeel is overtuigend genoeg om passende interventies te kunnen doen.
- De verzamelde informatie is relevant en bruikbaar voor andere organisaties die betrokken zijn bij de aanpak van zorgfraude.

Samenwerkende organisaties:

- Organisaties in de zorgfraudebestrijding zoeken binnen de wettelijke kaders actief naar mogelijkheden zo veel mogelijk relevante informatie met elkaar te delen.
- Alle organisaties melden het IKZ al hun serieuze signalen van fraude, op een voor hen geschikt tijdstip, maar in ieder geval zo snel mogelijk na de afhandeling ervan.
- De betrokken organisaties informeren de andere partners tijdig over hun interventies of sancties, ook als besloten wordt een serieus signaal van fraude niet op te pakken.
- Het IKZ legt de aangeleverde informatie efficiënt vast en bundelt, verrijkt en analyseert de informatie.
- Het IKZ deelt deze informatie op efficiënte wijze met de samenwerkende organisaties.
- De organisaties overleggen tijdig of (verdere) interventies nodig zijn. Hierbij is duidelijk afgesproken wie de regie heeft, zodat vervolgacties vlot in gang worden gezet en goed op elkaar worden afgestemd: organisaties doen geen dingen dubbel, maar voorkomen ook dat informatie blijft liggen.
- Als dat nodig of gewenst is, ondersteunen organisaties elkaar en/of voeren zij samen vervolgacties uit.
- De organisaties stellen gezamenlijk risico- en sectoranalyses op, inclusief daar waar nodig gezamenlijke handhavingsstrategieën.
- Organisaties delen onderling ervaringen (tips en tops) met hun fraudeaanpak.
- Organisaties evalueren gezamenlijk en trekken daar lessen uit ter verbetering.

Interventies:

- Interventies zijn gericht op de fraudeur.
- Het doel van interventies (waaronder sancties) is dat de fraudeur binnen een redelijke termijn blijvend stopt met de fraude of ten minste aanmerkelijk wordt gehinderd bij zijn frauduleuze acties.
- Sancties zijn bewezen effectief en proportioneel, in overeenstemming met de omvang en de ernst van de zorgfraude.
- De organisaties kiezen in onderling overleg voor een ‘integrale aanpak’: een samenhangende mix van interventies (sancties) voor maximaal effect.
- Sancties hebben ook tot doel het zoveel mogelijk ongedaan maken van het financiële voordeel voor de zorgfraudeur.
- Sancties moeten ook een doorstart van de zorgfraudeur voorkomen, bijvoorbeeld in ander verband of onder een nieuwe naam.
- Bij serieuze vermoedens van een strafbaar feit doen betrokken organisaties aangifte.
- De organisaties communiceren publiekelijk over hun interventies en opgelegde sancties.
- Organisaties volgen in hoeverre de fraudeur wordt gehinderd als gevolg van hun interventies, en delen de informatie met elkaar.
- Als de interventies niet genoeg effect hebben, bekijken de organisaties in overleg of er aanvullende interventies of sancties mogelijk zijn. Is dat inderdaad het geval, dan passen ze deze ook toe.
- Informatie over zorgfraudeurs op wie bestuursrechtelijke sancties zijn toegepast of die strafrechtelijk veroordeeld zijn, moet zorgvuldig en doelmatig worden beheerd. Ook moeten alle betrokken organisaties deze informatie gemakkelijk kunnen raadplegen.

Bijlage 3 Begrippen

Begrip	Definitie
Handhaving	Het geheel van alle maatregelen om de normnaleving in de zorgsector te bevorderen en overtreders passende sancties op te leggen.
Interventie	Elke actie tegen een (vermoedelijke) zorgfraudeur.
Melding	Alles wat burgers en instanties, al dan niet anoniem, aan een van de fraudebestrijdende organisaties melden over <i>mogelijke fraude</i> .
Organisaties	Organisaties die zijn aangesloten bij de Taskforce Integriteit Zorg (TIZ): <ul style="list-style-type: none">• het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS);• de inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ);• de Nederlandse Arbeidsinspectie;• de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa);• de Belastingdienst;• de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD);• het Openbaar Ministerie (OM);• het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ);• de Sociale Verzekeringsbank (SVB);• de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (de VNG); en• Zorgverzekeraars Nederland (ZN).
Sanctie	Elke bestraffende interventie tegen een frauderende zorgaanbieder, diens bestuurders en/of cliënten.
Signaal	Een aanwijzing voor fraude. Dit kunnen diverse vormen van informatie zijn die bij een of meer van de betrokken organisaties bekend zijn.
Signalering	Een knelpunt dat is benoemd in een signaleringsbrief.
Zorgfraude	Het opzettelijk en structureel onjuist handelen, in strijd met de regels die gelden voor de zorg, met het oog op eigen of andermans financieel gewin.

Bijlage 4 Literatuur

Fenger e.a. (2018). *Vooronderzoek omvang van fraude met persoonsgebonden budgetten*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam & Strategies in Regulated Markets.

IGJ (2021). *Wmo toezicht 2020 – Rapport aan de minister over de uitvoering van het Wmo toezicht door de gemeenten in 2020*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

Levy J.S. (2008). Case Studies: Types, Designs, and Logics of Inference. *Conflict Management and Peace Science*. 2008; 25(1):1-18.

OM (2020). *Protocol normnaleving in de zorgsector*. Staatscourant 2020 nr. 52703, 9 oktober 2020.

Regeerakkoord (2021). VVD, D66, CDA en ChristenUnie, *Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst, Coalitieakkoord 2021 – 2025*, 15 december 2021.

SCP (2020). *Burgerperspectieven, 2020 I*. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.

Tweede Kamer (2020a). *Fraudebestrijding in de zorg. Verslag van een algemeen overleg zorgfraude op 19 februari 2020*. Vergaderjaar 2019-2020, 28 828, nr. 122. Den Haag: Sdu.

Tweede Kamer (2020b). *Verslag – Parlementaire ondervragingscommissie Kinderopvangtoeslag, Ongekend onrecht*. Vergaderjaar 2020-2021, 35 510, nr. 2, 17 december 2020.

VenJ (2014). *Protocol normnaleving in de zorgsector. Bijlage bij Fraudebestrijding in de zorg. Brief van de minister van VenJ aan de Tweede Kamer*. Vergaderjaar 2014-2015, 28828, nr. 73. Den Haag: Sdu.

VWS (2015). *Programmaplan Rechtmatige Zorg - Aanpak van Fouten en Fraude 2015-2018. Bijlage bij Fraudebestrijding in de zorg. Brief van de minister en staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer*. Vergaderjaar 2014-2015, 28828, nr. 89. Den Haag: Sdu.

VWS (2015a). *Strategisch handhavingskader zorg - april 2015. Bijlage bij Fraudebestrijding in de zorg. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.* Vergaderjaar 2014-2015, 28828, nr. 90. Den Haag: Sdu.

VWS (2017). *Handhavingskader Zorg - november 2017.* Betreft bijgewerkte versie van het *Strategisch handhavingskader zorg - april 2015.* Niet gedeeld met de Tweede Kamer.

VWS (2018). *Programmaplan Rechtmatige Zorg - Aanpak van fouten en fraude 2018-2021. Bijlage bij Fraudebestrijding in de zorg. Brief van de ministers van VWS en MZ en de staatssecretaris van VWS aan de Tweede Kamer.* Vergaderjaar 2017-2018, 28828, nr. 108. Den Haag: Sdu.

VWS (2019). *Fraudebestrijding in de zorg. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.* Vergaderjaar 2019-2020, 28 828, nr.115. Den Haag: Sdu.

VWS (2019a). *Fraudebestrijding in de zorg. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.* Vergaderjaar 2019-2020, Kamerstuk 28 828, nr. 114, 11 december 2019.

VWS (2021). *Fraudebestrijding in de zorg. Brief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer.* Vergaderjaar 2020-2021, 28 828, nr. 128. Den Haag: Sdu.

ZN (2021). *Jaarrapportage fraudebeheersing 2020.* Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.

Bijlage 5 Overzicht conclusies en aanbevelingen

Conclusie	Aanbeveling	Reactie minister voor Langdurige Zorg en Sport
<p>We komen tot de conclusie dat de fraudebestrijding in de praktijk niet of nauwelijks doeltreffend is. Uit ons onderzoek blijkt dat de aanpak zelfs bij de sterkste signalen van fraude weinig opleverde. In de meeste gevallen deden de organisaties die verenigd zijn in de Taskforce Integriteit Zorg (TIZ) onvoldoende om vast te stellen of er fraude werd gepleegd. Als de fraude wél werd aangetoond, leidde dit er meestal niet toe dat de fraudeur ermee stopte of zelfs ook maar aanmerkelijk gehinderd werd. Wij vinden dit zorgelijk gezien de risico's die kwetsbare en hulpbehoevende burgers lopen door het optreden van zorgfraudeurs en de grote sommen publiek geld die er vermoedelijk mee gemoeid zijn.</p>	<p>Houd toezicht op de naleving van de verantwoordelijkheden en afspraken over inzet en prestaties van de organisaties die rechtstreeks onder uw ministeriële verantwoordelijkheid vallen (IGJ en NZa) of als opdrachtnemer voor u werken (Arbeidsinspectie). Stuur direct bij als afspraken niet worden nagekomen.</p> <hr/> <p>Maak sluitende afspraken met de minister van Financiën en de minister van Justitie en Veiligheid over de beschikbare inzet en de na te streven prestaties van Belastingdienst en FIOD respectievelijk het Openbaar Ministerie.</p> <hr/> <p>Zorg ervoor dat de partijen in de uitvoering expliciet afspreken wie bij sterke signalen van fraude de regie op de opvolging neemt, zodat ze sneller en waar nodig samen in actie komen om fraude aan te tonen en in te grijpen.</p> <hr/> <p>Zorg dat de partijen in de uitvoering alle mogelijkheden benutten die hen binnen de bestaande wettelijke kaders ter beschikking staan.</p>	<p>De minister waardeert onze rapportage en deelt ons oordeel dat de resultaten van het onderzoek zorgelijk zijn. Onze conclusies en aanbevelingen zijn volgens de minister helder en maken duidelijk dat er actie nodig is. Het rapport geeft volgens de minister aan dat het beter kan en beter moet. Het biedt bruikbare handvatten om dat ook te doen. De minister kan zich in onze aanbevelingen vinden en zal deze samen met de resultaten van het onderzoek gebruiken om de aanpak van zorgfraude te verbeteren.</p>

Bijlage 6 Eindnoten

- 1 Het gaat hier om het project Sturen op Effect dat in december 2020 werd afgerond.
- 2 De minister van VWS is verantwoordelijk voor het stelsel waarmee zorgfraude bestreden wordt. De minister is aanspreekbaar op het functioneren van het stelsel als geheel, zorgt voor het onderhoud van wet- en regelgeving en kan het initiatief nemen tot nieuwe wetgeving als daar aanleiding voor is. Ook is de minister aanspreekbaar op de uitvoering van relevante taken door het kerndepartement, NZa en IGJ (en, als opdrachtgever, op de Arbeidsinspectie). Bij het aantreden van het kabinet Rutte IV is de portefeuille zorgfraude binnen het Ministerie van VWS overigens overgenomen door de minister voor Langdurige Zorg en Sport.
- 3 De Arbeidsinspectie heette tot 1 januari 2022 Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (iSZW). Wij hanteren in dit onderzoek de nieuwe naam. Na de fase van bestuurlijke hoor- en wederhoor is ook de nieuwe naam van de afdeling toegevoegd: de Recherche Zorg van de Opsporingsdienst van de Nederlandse Arbeidsinspectie.
- 4 We noemen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten in dit onderzoek ‘financiers’ van de zorg. Als er sprake is van contracten, kopen ze die zorg in. Bij persoonsgebonden budgetten doet de cliënt dat zelf, maar vergoeden deze instanties wel de kosten.
- 5 Na de fase van bestuurlijke hoor- en wederhoor is in figuur 2 een duidelijker onderscheid gemaakt tussen straf, maatregel en interventie.
- 6 Met onrechtmatigheden doelt de minister van VWS op fouten én fraude.
- 7 Na de fase van bestuurlijke hoor- en wederhoor is in deze zin de toevoeging “(maandloon)” geschrapt.
- 8 De betrokken organisaties verwijzen hiervoor onder meer naar artikel 3.13 van de AMvB bij het bewuste wetsvoorstel.

Algemene Rekenkamer

Afdeling Communicatie

Postbus 20015

2500 EA Den Haag

070 342 44 00

voorlichting@rekenkamer.nl

www.rekenkamer.nl

De tekst in dit document is
vastgesteld op 29 maart 2022.

Dit document is op 14 april 2022
aangeboden aan de
Tweede Kamer.

Foto omslag: ANP Foto,
CHROMORANGE / BILDERBOX

Den Haag, april 2022