



Gezamenlijke stappen in aanpak niet-integere zorgverlening



Inhoudopgave

Inleiding

Samenwerking

1. Zicht op zorgaanbieders

Interview: Gezamenlijk dashboard biedt zicht op zorgaanbieders

2. Rapport handhavingsdruk (informatie knooppunt zorgfraude)

3. Aanpak valse diploma's en vog's

Interview: OM en IGJ pakken valse diploma's en VOG's aan

4. Aanpak van (fraude-)netwerken in de wijkverpleging

Interview: NZa neemt deel aan gezamenlijk aanpak van fraude in de wijkverpleging

Preventie en toegang

1. Wet bevorderen samenwerking rechtmatige zorg (wbsrz)

2. Investeren in toezicht loont & contractstandaarden jeugd

Interview: Investeren in toezicht loont

3. Proeftuinen & fieldlab aanpak zorgfraude

4. Voorkomen van misleiding door middel van vooronderzoek op locatie

Interview: IGJ voorkomt misleiding met vooronderzoek op locatie

Toezicht

1. Investeren in professionele bedrijfsvoering van zorgaanbieders

Opsporing en vervolging

1. Fraudebestendige cozo-subsidieregeling

Interview: Een fraudebestendige COZO-regeling

2. Casus: strafrechtelijk onderzoek naar pgb-fraude

Signaleringsparagraaf

Conclusie en vooruitblik

Inleiding

De aanpak van zorgfraude kan én moet beter. Dat was en is de conclusie van alle partijen verenigd in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ)¹ naar aanleiding van het rapport van de Algemene Rekenkamer over de effectiviteit van de zorgfraudebestrijding².

Op 29 juni 2022 heeft de minister voor Langdurige Zorg en Sport de Tweede Kamer door middel van de Hoofdlijnen-brief³ geïnformeerd over de afspraken die met de TIZ zijn gemaakt om de effectiviteit van de aanpak te verbeteren. Daarnaast zijn in deze brief brede ambities neergelegd om op te treden tegen fraude in de zorgsector en daarmee de aanpak van niet-integere zorgaanbieders. Ook de afspraken gericht op de preventie van fraude zijn onderdeel van deze brief.

In lijn met de ambitie van de TIZ om zich toetsbaar en transparant op te stellen is afgesproken dat de TIZ in een jaarlijkse, aan de begrotingscyclus gekoppelde, ‘effectenbrief’ rapporteert over:

- 1) de prioriteiten en aandachtspunten voor het komende jaar
- 2) de in het afgelopen jaar gerealiseerde doelen en resultaten en
- 3) de signalen over belemmeringen en bijbehorende consequenties in de uitvoering.

1. De volgende partijen zijn verenigd in de Taskforce Integriteit Zorgsector: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Arbeidsinspectie, Belastingdienst, Openbaar Ministerie (OM), Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), Sociale Verzekeringsbank (SVB), Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

2. www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2022/04/14/een-zorg-gebrek-aan-daadkracht.

3. Tweede Kamer, vergaderjaar 2021–2022, 28 828, nr. 133.



We weten allemaal dat zorgfraudebestrijding een lange adem vergt. Het bestrijden van zorgfraude binnen het stelsel waarin geopereerd wordt, vraagt om een gerichte en effectieve aanpak door alle betrokken partijen. Dit vereist samenwerking met een groot aantal partijen. Ook die samenwerking is niet altijd eenvoudig aangezien organisaties doorgaans vanuit hun eigen taak en opdracht optreden. In deze brief worden meerdere geleerde lessen beschreven. Deze lessen betrekt de TIZ in de ambities voor de komende jaren.

De TIZ blikt terug op een jaar waarin veel goede stappen zijn gezet, zoals de samenwerking binnen de prioriteit wijkverpleging, de start van de proeftuinen in de regio's Twente en Hart van Brabant en de Wet bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg (Wbsrz). Tegelijkertijd is de TIZ nog niet tevreden over de opbrengsten in termen van gerealiseerde effecten. De opbrengsten staan nog niet in verhouding tot de inspanningen die alle TIZ-partijen vanuit hun intrinsieke motivatie leveren om de fraude in de zorg te bestrijden.

De TIZ concludeert dat de ambitie voor de toekomst steviger mag. En zal, in navolging van de samenwerking binnen de prioriteit wijkverpleging, ook voor andere sectoren afspraken maken.

Leeswijzer

De effecten zijn verdeeld over vier hoofdthema's: 'Samenwerking', 'Preventie en toegang', 'Toezicht' en 'Opsporing en vervolging'. Deze zijn op hoofdlijnen beschreven. Per hoofdthema zijn enkele kerncijfers toegevoegd. De effecten worden afgewisseld met interviews met betrokken medewerkers van de TIZ-partijen. Na de beschrijving van de effecten volgt de signaleringsparagraaf. Deze paragraaf is opgesteld door alle ketenpartners, en beschrijft de bevindingen uit de handhavingspraktijk van de verschillende toezichthouders, opsporingsdiensten en zorgverzekeraars. Tot slot volgen de conclusies en een vooruitblik met de ambities voor komend jaar.





Prioriteit wijkverpleging

Voor meer effect en zinvolle acties werken de TIZ-partijen met geprioriteerde thema's. Thema's worden geselecteerd op basis van signalen en kerncijfers vanuit de TIZ-partijen. Deze geprioriteerde thema's werken zogenaamde 'kernteams' uit per thema in gezamenlijke projectplannen. Om tot effect te komen worden prioriteiten gesteld voor een periode van vier jaar met een tussenevaluatie voor eventuele bijstelling na twee jaar.

Als thema heeft de TIZ de sector 'wijkverpleging' aangewezen. In de kerncijfers in het volgende deel van deze effectenbrief springt deze sector bij meerdere onderdelen in het oog. Het is bovendien een sector waar meerdere partijen binnen de TIZ bij betrokken zijn. Het is de verwachting dat met een gezamenlijke, afgestemde inzet winst te behalen is in de aanpak van niet-integere

zorgverlening en onrechtmatige declaraties. Bij dit thema zijn betrokken: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Arbeidsinspectie (Arbeidsinspectie) en het Functioneel Parket / Openbaar Ministerie (FP/OM).

In een plan van aanpak hebben partijen de gezamenlijke strategie vastgelegd. Deze richt zich op drie pijlers: het versterken van de integrale onderzoeksfocus- en aanpak, overzicht en synergie ten aanzien van beleids- en onderzoeksactiviteiten en als laatste een inzet op een versterking van een bestendige werking van uitvoering, beleid en wet- en regelgeving. Aan de hand van het plan van aanpak wordt de komende vier jaar stevig ingezet op de aanpak van zorgfraude in de sector wijkverpleging.



Samenwerking



1. Zicht op Zorgaanbieders

Zicht op zorgaanbieders is een instrument waarmee inzichten vanuit verschillende zorgdomeinen uit (openbare) data met partijen in de zorg gedeeld kunnen worden. Het dashboard is de opvolger van het JMV-dashboard en maakt gebruik van verantwoordingsdata.

De minister voor Langdurige Zorg en Sport heeft de NZa gevraagd een dashboard te ontwikkelen over de verschillende zorgdomeinen heen. Het dashboard moet een zo compleet mogelijk beeld geven van zorgaanbieders op basis van (openbare) data. Het dashboard bevat ook persoonsgegevens. Bij de opzet van het dashboard is als eerste een Data Protection Impact Assessment(DPIA) uitgevoerd, hiermee is de verwerking van deze gegevens van de nodige waarborgen voorzien.

Het dashboard kan gebruikt worden bij de contractering van en het toezicht op zorgaanbieders. De gebruikers van het dashboard zijn gemeenten, ziektekosten-verzekeraars, toezichthouders en het CIBG.

Er is een nieuwe technische structuur geïmplementeerd waarop het dashboard verder ontwikkeld zal worden. Daarna zijn de wensen van alle gebruikers in kaart gebracht over de wijze waarop de gegevens in het dashboard gepresenteerd worden. Hierop wordt het dashboard aangepast. Hierna wordt er nagedacht over het uitbreiden van het dashboard met andere openbare bronnen die kunnen bijdragen aan een meer volledig beeld van de zorgaanbieders.



Geleerde lessen

Er wordt beoordeeld in hoeverre gemeenten ondersteuning nodig hebben bij het gebruik van de analyses en de duiding van dit dashboard. En welke vervolgacties nodig zijn ingeval er sprake is van verhoogde risico's. De gegevens van zorgaanbieders die alleen zorg leveren vanuit de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) maken (nog) geen deel uit van het dashboard. Lees hierover ook in de signaleringsparagraaf.

Gezamenlijk dashboard biedt zicht op zorgaanbieders

Het project 'Zicht op Zorgaanbieders' ontwikkelt een dashboard dat belangrijke informatie over zorgaanbieders toegankelijk maakt. Hanneke Miedema, manager Monitoring en Data-analyse bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), legt uit hoe het gebruik van data helpt bij het aanpakken van fraude en andere misstanden in de zorg. 'Bepaalde signalen kunnen aanleiding zijn tot nader onderzoek.'

Waarom is het project 'Zicht op Zorgaanbieders' nodig?

Voor wie is het dashboard ontwikkeld en waar is het voor bedoeld?

"Het dashboard is gemaakt voor partners in de zorg, zoals IGJ, NZa, zorgverzekeraars en gemeenten. Het kan bijvoorbeeld door de inspecteurs van IGJ worden gebruikt om aanwijzingen voor mogelijke problemen te identificeren. Als een bedrijf bijvoorbeeld veel omzet heeft maar weinig personeel, valt dat op. De gegevens bieden een globaal beeld van de zorgaanbieder en kunnen aanleiding zijn voor nader onderzoek. Overigens zouden we uiteindelijk ook een openbare versie kunnen maken die voor iedereen toegankelijk is."

Waar komt de data eigenlijk vandaan? "Op de website [Jaarverantwoordingzorg.nl](https://jaarverantwoordingzorg.nl) moeten zorgaanbieders in de Zorgverzekeringswet, de Wet langdurige zorg en Jeugdzorg hun jaarverslagen en jaarrekeningen publiceren. Deze data hebben we in allerlei doorsnedes en met indicatoren toegankelijk gemaakt via het dashboard. Met andere woorden: basis is openbare informatie die door iedereen te raadplegen is."

Geeft het dashboard een overzicht van alle zorgaanbieders in

Nederland? "Nee, onder andere zorgaanbieders die zorg volgens de Wet maatschappelijke ondersteuning bieden zijn nog niet inbegrepen. Zij zijn wettelijk niet verplicht om hun financiële gegevens te delen. Om een completer beeld te krijgen, zouden alle groepen aan het dashboard moeten worden toegevoegd, maar hiervoor is politieke goedkeuring nodig."

Dus het dashboard is nog niet volledig ontwikkeld. “Zeker niet. Dit jaar hebben we ons gericht op het opzetten van de basisfunctionaliteit en het zorgen dat technisch alles goed werkt. We hebben plannen om het dashboard verder uit te bouwen en te verrijken. Naast de jaarverslagen kunnen we bijvoorbeeld informatie van de Kamer van Koophandel toevoegen, zoals bedrijfslocatie en eigenaar. En er zijn ook andere bronnen die we kunnen integreren. Hoe meer informatie we hebben, hoe completer het beeld van zorgaanbieders wordt. Het uiteindelijke doel is om een tool te creëren die de toekomst van de zorg positief beïnvloedt. Dit kan helpen om faillissementen te voorkomen en misstanden aan te pakken.”

In het project trekken onder andere IKZ, IGJ en NZa samen op. Wat zijn de voordelen van deze samenwerking? “Klopt, je kunt zelfs beter zeggen dat alle TIZ-partners hierin samen optrekken. Het grote voordeel zijn de verschillende perspectieven, die verrijken onze aanpak. De NZa kijkt bijvoorbeeld anders naar zorgaanbieders dan IGJ, die zich meer op zorgkwaliteit richt. En gemeenten gebruiken het dashboard bijvoorbeeld ook voor zorginkoop. Bij de doorontwikkeling houden we rekening met deze verschillende perspectieven; welke indicatoren zijn voor wie relevant? De samenwerking zorgt voor in een tool waar iedereen

uiteindelijk iets aan heeft.”

Wanneer is het project een succes? “Het project wordt een succes als gebruikers – veelal inspecteurs en gemeenteambtenaren – aangeven dat het dashboard hun werk makkelijker en beter maakt. Kijk, het doel van de Taskforce Integriteit Zorgsector is om samen fraude in de zorg aan te pakken. Slim gebruik van data kan hierbij enorm helpen, dat weet ik zeker.”

2. Rapport handhavingsdruk Informatie Knooppunt Zorgfraude

Het rapport Handhavingsdruk geeft inzicht in de frequentie en effectiviteit van daadwerkelijke optredens tegen misstanden, fouten en fraude in de zorg. De meting toont wat er met de bij het IKZ ingebrachte signalen gebeurt, wat er aan opvolging wordt gedaan en welke signalen resulteren in een actie door één of meerdere partners.

Het rapport geeft inzicht in de werkwijze en onderzoeken van de ketenpartners. Daarmee is het rapport niet openbaar toegankelijk.



Geleerde lessen

Er is vaak weinig zicht op in hoeverre interventies leiden tot het uiteindelijk stoppen van fraude en/of regel-overtredingen. Om de effectiviteitsmeting te verbeteren wordt aangeraden dat de ketenpartners en het IKZ inzetten op onderzoeksmatige, administratieve en procesmatige aanpassingen. De haalbaarheid hiervan is afhankelijk van de mogelijkheden van de individuele ketenpartners binnen de TIZ. Het totaalbeeld weer-spiegelt daarmee de moeilijkheden om fraude en/of regelovertredingen aan te tonen, en zicht te krijgen op de mate waarin deze misstanden gestopt zijn. Het blijft echter lastig om op basis van de uitkomsten conclusies over de effectiviteit van toezicht en handhaving te trekken, omdat weinig bekend is over de opvolging van signalen die niet in IKZ-verband gedeeld zijn.

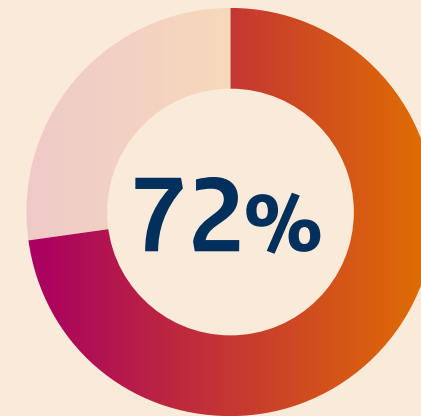
3. Aanpak valse diploma's en VOG's

Afgelopen jaren is duidelijk geworden dat personen zonder het juiste diploma en met een strafblad (en dus zonder VOG⁴ eenvoudig in de zorg aan de slag kunnen. Het OM/FP en de IGJ werken nauw samen om deze vorm van fraude tegen te gaan.

In de afgelopen jaren heeft de IGJ analyses uitgevoerd en gesignaleerd dat het aantal meldingen over valse diploma's de laatste jaren is toegenomen. In 2022 is het aantal meldingen zelfs verdubbeld ten opzichte van 2021. Het OM/FP en de IGJ hebben de handen ineen geslagen en afstemming gezocht om deze ingewikkelde vorm van fraude aan te pakken.

4. Verklaring Omtrent het Gedrag (VOG). Een VOG is een verklaring waaruit blijkt dat het justitiële verleden van een persoon of rechtspersoon geen bezwaar vormt voor de functie of het doel waarvoor de VOG is aangevraagd.

Cijfers
2022



van de
344 gemeenten
is aangesloten
bij het IKZ

Bron: Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) "In 2022 zijn 27 nieuwe gemeenten aangesloten bij het IKZ. Meer informatie over het aantal gemeentelijke signalen is te vinden in [IKZ-rapport](#)



meldingen over zorgverleners
met een vals diploma /
vals certificaat



meldingen over zorgverleners
met een valse verklaring
omtrent het gedrag (VOG)

Bron: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
Deze cijfers zijn ruim een verdubbeling vergeleken met eerdere jaren.

OM en IGJ pakken valse diploma's en VOG's aan

Het Openbaar Ministerie (OM) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) trekken samen op in het tegengaan van valse zorgdiploma's en Verklaringen Omtrent het Gedrag (VOG's). Bijvoorbeeld met concrete acties, zoals gerichte voorlichting en strafrechtelijke vervolging. Clemens Ketels (programmamanager Integere Bedrijfsvoering en Zorgverwaarlozing bij de IGJ) en Timon van de Kraats (senior Beleidsadviseur Zorgfraude bij het Functioneel Parket van het OM) vertellen over deze gezamenlijke aanpak. Clemens: 'We spreken zorgaanbieders aan op hun eigen verantwoordelijkheid.'

Er is sprake van een toename in het aantal valse diploma's en VOG's. Hoe verklaren jullie deze toename? Clemens: "De cijfers laten zien dat het aantal meldingen over valse zorgdiploma's en VOG's inderdaad is toegenomen. Dit zou te maken kunnen hebben met krapte op de arbeidsmarkt. Zorgaanbieders zijn blij met 'extra handen aan het bed' en zijn dan mogelijk minder kieskeurig bij het aannemen van nieuw personeel."

Timon: "De vraag is natuurlijk: waarom zou je gebruikmaken van valse papieren? Hoewel sprake is van een krapte op de arbeidsmarkt, is het aantal zzp'ers in de zorg juist flink toegenomen. Hiervoor zijn verschillende – legitieme – redenen te bedenken. Zoals een hoger inkomen en het ontbreken van regels voor werktijden. Dit is aantrekkelijk, omdat een zzp'er hierdoor veel uren kan werken en daarmee het inkomen kan verhogen. Voor de zorg moet je alleen wel over de juiste papieren beschikken, en die heeft niet iedereen."

Clemens: "Zorgdiploma's worden 'opgekrikt' zodat een hoger uurtarief kan worden gevraagd. Maar het trekt ook niet-gediplomeerde en onbetrouwbare personen aan die inspringen op de personeelstekorten en met behulp van valse papieren aan de slag gaan. Met vaak slechts één doel, snel en veel geld verdienen en niet het leveren van de juiste zorg."

Waarom is dit zo'n groot probleem? *Clemens:* “Valse papieren veroorzaken ondeskundig handelen in de zorg. Denk aan zorgverleners die handelingen uitvoeren waarvoor ze niet geschoold zijn, of geen goede begeleiding van cliënten geven met alle risico's voor de cliënten van dien.”

Timon: “De zorgverlener moet óók betrouwbaar zijn. Door gebruik te maken van valse papieren, worden zorgaanbieders en zorg-behoevenden misleid. In het verlengde daarvan, wordt mogelijk declaratiefraude gepleegd. Dit is onaanvaardbaar.”

De IGJ en het OM geven voorlichting aan zorgaanbieders over deze vorm van fraude. Kunnen jullie hier meer over vertellen?

Clemens: “Klopt, we hebben actief de media benaderd, brieven gestuurd naar de brancheverenigingen om te verspreiden en workshops gegeven om bewustwording te creëren. We willen zorgaanbieders aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid en de vergewisplicht. Ze dienen bijvoorbeeld bij DUO een diploma te controleren voordat ze iemand aannemen, en iemand pas te laten starten als een geldige VOG is aangeleverd. En als wordt geconstateerd dat sprake is van valse

papieren, dan is het belangrijk dat bij de politie aangifte wordt gedaan. Overigens is de voorlichting geen eenmalige actie: we blijven structureel aandacht vragen voor dit probleem.”

Is voorlichting wel voldoende om fraudeurs tegen te gaan?

Timon: “Samen met de IGJ is het OM bezorgd over de toename van meldingen. De ‘zzp-constructie’ wordt door sommigen op een onwenselijke manier gebruikt om snel geld te verdienen en fraude te plegen. Met Bureau Opsporing en Boetes, een afdeling bij IGJ, wordt gekeken of een strafrechtelijke of andersoortige interventie op zijn plaats is. Maar het belangrijkste is om de gelegenheid tot het plegen van de fraude weg te nemen. Daarom moet het bewustzijn over dit probleem worden vergroot én de controle worden verbeterd.”

Clemens: “Ook als personeel wordt ingehuurd via uitzendbureaus. Zorgaanbieders werken vaak samen met zorguitzend- en bemiddelingsbureaus, sommige van deze bureaus plegen willens en wetens fraude. Terwijl zorgverleners er vaak op vertrouwen, dat is een probleem.”

Timon: “Een effectieve handhaving op uitzendbureaus en controle achteraf ontbreekt, niet alleen in de zorgsector. Dit komt onder andere door hoe het systeem voor uitzendbureaus is ingericht. Er bestaan vrijwel geen drempels om een uitzendbureau te beginnen. Het weren van foute partijen vraagt om andere maatregelen, zoals bijvoorbeeld een verplichte certificering voor zorguitzendbureaus.”



De samenwerking tussen de IGJ en het FP verloopt goed, zo te horen. *Timon:* “Er was natuurlijk altijd al sprake van een samenwerking, maar de oproep van de Rekenkamer heeft de werkrelatie versterkt. De lijntjes zijn korter, wat leidt tot gezamenlijke initiatieven zoals de aanpak van valse diploma’s en VOG’s.”

Clemens: “Daar sluit ik me bij aan. De nauwere samenwerking overbruggt de kloof tussen toezicht en strafrecht, iets waar de IGJ veel behoefte aan had.”

Timon: “Dat is niet alleen mooi, maar ook noodzakelijk. De visie van de IGJ gaat uit van vertrouwen, vanuit het strafrecht ga ik uit van wantrouwen. Door de samenwerking is er een tussenvorm ontstaan; de IGJ heeft meer aandacht gekregen voor een gezond wantrouwen waar dat nodig is. Dat is een goede ontwikkeling.”

4. Aanpak van (fraude-) netwerken in de wijkverpleging

Op operationeel niveau wordt steeds meer samenwerking tussen de NZa, de IGI en de Arbeidsinspectie om casuïstiek in de wijkverpleging op te pakken. Vaak zijn zorgverzekeraars ook betrokken. De samenwerking richt zich met name op netwerken van zorgaanbieders, omdat de partijen elkaar ieder vanuit hun eigen bevoegdheden vaak goed kunnen aanvullen.



Geleerde lessen

Deze samenwerking moet voorkomen dat toezichthouders langs elkaar heen werken en dat er zaken dubbel gebeuren. Maar vooral wordt voorkomen dat zaken tussen wal en schip vallen waardoor malafide zorgaanbieders onopgemerkt blijven. Door samen te werken, dat ook te gaan uitstralen, kunnen de betrokken partijen allemaal vanuit hun eigen bevoegdheden en kennis bijdragen aan de aanpak van zorgfraude. Dat is veelbelovend, maar partijen staan nog aan het begin van dit proces. Gelukkig is de wil om in gezamenlijkheid fraudeurs aan te pakken groot en wordt de samenwerking steeds verder verbeterd.



Bron: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)

NZa neemt deel aan gezamenlijk aanpak van fraude in de wijkverpleging

Judith Keijmel is projectleider bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en houdt zich bezig met de aanpak van fraude, verbetering goed bestuur en professionaliteit in de wijkverpleging. De NZa probeert dit probleem met toezichtonderzoeken terug te dringen. 'Het is een uitdaging omdat er steeds nieuwe aanbieders bijkomen.'

Waar hebben we het over als we praten over fraude in de wijkverpleging? “We spreken van fraude als mensen bewust iets verkeerd doen. De NZa is in die zin een beetje een vreemde eend in de bijt: we richten ons niet alleen op opzettelijke misleiding in de wijkverpleging, maar onderzoeken ook zorgaanbieders die zich – onbewust – niet aan de wet- en regelgeving houden. Deze groep proberen we vooral te informeren over de geldende regels, zodat ze fouten zelf kunnen voorkomen en ingrijpen van onze kant vaak niet nodig is. We controleren of de administratie, financiën en tarieven kloppen. Als dat niet zo is, kan dat problemen geven.”

Want in de wijkverpleging overtreden mensen de regels zonder dat ze het zelf weten? “Ja, dat komt voor. Bijvoorbeeld omdat ze niet op de hoogte zijn van bepaalde regels en procedures. Sommige aanbieders weten bijvoorbeeld niet dat het niet is toegestaan om een afspraak die op het laatste moment is afgezegd, te declareren bij de verzekeraar.”

De NZa voert toezichtonderzoeken uit bij zorgaanbieders, wat houden deze onderzoeken in? “De NZa doet onderzoeken bij zorgaanbieders om ervoor te zorgen dat alles goed verloopt. Vóór 2020 deden we een paar grootschalige onderzoeken per jaar, maar dat was niet genoeg; we zijn ten slotte toezichthouder van de hele sector, en willen ons niet beperken tot een paar aanbieders per jaar. Bij de nieuwe aanpak vragen we informatie op bij de zorgaanbieders, op basis daarvan bekijken we een aantal dossiers; klopt de administratie en zijn de juiste zorgkosten berekend? Als we onrechtmatigheden vinden, leggen we meestal eerst een aanwijzing op zodat de zorgaanbieder de kans krijgt om te verbeteren. Als dat niet gebeurt, kan er een boete volgen. In sommige gevallen geven we sneller een boete, bijvoorbeeld als de zorgaanbieder weigert mee te werken aan ons onderzoek. En soms is een zaak zo ernstig dat we het onderzoek overdragen aan het strafrecht.”

Hoe helpen de toezichtonderzoeken bij het terugdringen van fraude? “Als we merken dat een zorgaanbieder mogelijk fraudeert, kunnen we strengere maatregelen nemen. Daarin volgen we drie belangrijke stappen: voorkomen, stoppen en bestraffen. Bij voorkomen gaat het bijvoorbeeld om het beter informeren van de zorgaanbieders, bij stoppen geven we hen de kans om te verbeteren, en bij bestraffen leggen we sancties op aan de aanbieders die echt overtredingen begaan. In het laatste geval kunnen we ook de minister adviseren om de vergunning van de zorgaanbieder in te trekken. Een struikelblok hier is dat niet alle zorgaanbieders in de wijkverpleging een vergunning nodig hebben.”

Is deze werkwijze al succesvol gebleken? “Ja, we kunnen sneller ingrijpen en de duur van een onderzoek beperken. Dit heeft ervoor gezorgd dat we vorig jaar in acht gevallen een boete hebben opgelegd. En daar blijft het niet bij; in geval van een aanwijzing of sanctie, informeren we zorgverzekeraars. Zij kunnen ervoor kiezen om geen contract meer met de zorgaanbieder aan te gaan of niet meer uit te betalen, wat ook bijdraagt aan het stoppen van fraude. En natuurlijk helpt het ook dat zorgaanbieders op basis van onze zogenaamde Informatiekaart zelf verbeteringen kunnen aanbrengen om onrechtmatigheden te voorkomen, zodat we niet eens over hoeven te gaan tot beboeten.”

Zijn er resultaten waar jullie met trots op terugkijken? “Trots is misschien niet helemaal het woord, maar de boetes laten zien dat onze aanpak effect heeft. Daarnaast is het een goede zaak dat de NZa samen met de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd en Nederlandse Arbeidsinspectie werkt aan het aanpakken van netwerken van zorgaanbieders. We hebben gerichte afspraken gemaakt over de rollen en taken, en weten elkaar goed te vinden. Deze samenwerking versterkt onze aanpak van fraude, en dat is een goede zaak.”

Uit verschillende onderzoeken van het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) blijkt dat de wijkverpleging al jaren de top drie van meest frauderende zorgsectoren aanvoert. Is dit project niet een beetje dweilen met de kraan open? “Het is inderdaad een uitdaging om fraude in deze sector aan te pakken omdat er nog steeds nieuwe zorgaanbieders in de wijkverpleging bijkomen. Het is een illusie om te denken dat de NZa dit allemaal kan opvangen; we moeten ook goed kijken naar de mogelijkheden om de bron van het probleem aan te pakken. Strengere regels om tot de zorgmarkt toe te kunnen treden, zouden bijvoorbeeld al enorm helpen.”



Snel naar **1** **2** **3** **4**

Preventie en toegang



1. Wet bevorderen samenwerking rechtmatige zorg (Wbsrz)

De Wet bevorderen samenwerking rechtmatige zorg (Wbsrz) regelt twee belangrijke instrumenten voor de samenwerking en gegevensuitwisseling tussen instanties in de bestrijding van fraude in de zorg:

1) Het Waarschuwingsregister zorgfraude en 2) het IKZ. De Wbsrz is in juli jl. door de Eerste Kamer aangenomen, en treedt naar verwachting per 1 juli 2024 in werking.

Instanties die een rol of een taak hebben in, of een bijdrage kunnen leveren aan, de aanpak van fraude in de zorg hebben allemaal informatie over mogelijke fraudegevallen. Ze beschikken soms niet (tijdig) over beschikbare informatie die noodzakelijk is om fraude in de zorg te kunnen bestrijden. Daarom is samenwerking, en in dat kader gegevensuitwisseling, tussen de

instanties noodzakelijk. De Wbsrz zorgt voor meer, betere en eenvoudigere mogelijkheden om dat zorgvuldig te kunnen doen.

In het Waarschuwingregister zorgfraude kunnen zorgverzekeraars, zorgkantoren en gemeenten elkaar straks informeren over en waarschuwen voor frauderende (rechts)personen in het zorgdomein. Zo worden deze instanties eerder in de gelegenheid gesteld maatregelen te treffen en kan bijvoorbeeld worden voorkomen dat fraudeurs zich van de ene gemeente naar een andere gemeente, of van het ene naar het andere zorgdomein, verplaatsen. In het IKZ kunnen straks (persoons)gegevens bij elkaar gebracht worden van verschillende instanties als er sprake is van signalen die aanleiding geven tot een vermoeden van fraude in de zorg. Binnen het IKZ worden ook onderzoeken en analyses rondom fraude in de zorg uitgevoerd om trends en ontwikkelingen in beeld te krijgen.

Cijfers
2022



Aantal signalen door
het CIZ ontvangen

236

Bron: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

Dit betreft slechts een illustratie van het aantal signalen bij één van de organisaties in het Wlz-veld.

2. Investeren in toezicht loont & contractstandaarden Jeugd

De Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) ondersteunt gemeenten waar mogelijk in de uitoefening van het toezicht op de rechtmatigheid. Hier worden twee voorbeelden toegelicht. 1) Onderzoeksbureau Significant heeft in opdracht van de VNG een verkenning uitgevoerd naar de investeringen en opbrengsten van toezicht binnen de Wmo. Er zijn vier gemeenten onderzocht en hun verdienmodel (business case) is beschreven. 2) Eenduidige contractering is een middel om de administratieve lasten te verminderen. Hiervoor zijn door de VNG contractstandaarden voor de Jeugdhulp ontwikkeld. Deze contracten vormen ook een preventief instrument in de aanpak van zorgfraude.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het toezicht op de rechtmatigheid bij de uitvoering van de Wmo en Jeugdwet. Zodat hun burgers de zorg krijgen die zij nodig hebben.

Hoe gemeenten het toezicht vormgeven is aan gemeenten zelf. In het interview wordt gesproken over een onderzoek van Significant. Het onderzoeksrapport is [hier](#) te vinden. Meer informatie over de contractstandaarden is te vinden via community '[Contractstandaarden Jeugd](#)'.



Geleerde lessen

De voorbeelden van de wijze waarop gemeenten het toezicht hebben ingericht en de effecten daarvan kunnen andere gemeenten motiveren om te investeren op het toezicht op de rechtmatigheid bij de uitvoering van de Wmo en Jeugdwet. De standaardcontracten kunnen het toezicht ondersteunen doordat een inkoopproces met toezichteisen en screening van de zorgaanbieders voorkomen kan dat malafide zorgaanbieders actief worden in een gemeente. Inkoop, contractmanagement en toezicht gaan hiermee hand in hand waardoor het voor zorgaanbieders met verkeerde intenties lastiger opereren is.

Investeren in toezicht loont

Mia Hagen, beleidsadviseur bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), richt zich samen met haar collega's op de aanpak van zorgfraude binnen de Jeugdhulp en Wet maatschappelijke ondersteuning. Een verkenning naar toezicht op de zorg bij vier gemeenten toont aan dat investeren in toezicht de moeite waard is. 'Strenge eisen vooraf kunnen malafide zorgaanbieders tegenhouden.'

Waarom heeft de VNG opdracht gegeven voor een verkenning naar toezicht op de zorg en wat is de belangrijkste conclusie?

"Gemeenten willen investeren in toezicht, maar moeten dit zelf financieren. Gemeenteraden vragen zich daarom af wat deze investering precies oplevert en hoe het werkt. Om hier antwoord op te geven, heeft onderzoeksbureau Significant voor vier gemeenten een verdienmodel uitgewerkt. De conclusie is helder: investeren in toezicht loont. Het levert geld op en schrikt malafide zorgaanbieders aan de voorkant af. En daarmee verbetert de kwaliteit van zorg aanzienlijk."

Bij de aanpak van fraude in de Jeugdhulp en Wmo zijn veel partijen betrokken: gemeenten, toezichthouders en zorgaanbieders. Hoe ziet deze samenwerking eruit?

"Gemeenten voeren toezicht uit op rechtmatigheid, en houden zich dus vooral bezig met zorgfraude in relatie tot geld. Gemeenten voeren ook het toezicht op de kwaliteit van de Wmo uit. Het toezicht op de Jeugdhulp wordt door de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd uitgevoerd. Bij de gemeentelijke aanpak van zorgfraude zijn nog meer organisaties betrokken. Denk bijvoorbeeld aan de Nederlandse Arbeidsinspectie en het Openbaar Ministerie. Een goede onderlinge samenwerking is dus belangrijk, zowel binnen gemeenten als met externe partners. Het onderzoek laat zien dat preventief toezicht cruciaal is om fraude aan de voorkant tegen te gaan. Door bijvoorbeeld gezamenlijke contractstandaarden op te stellen, kunnen malafide zorgaanbieders geweerd worden."

Hoe helpen die gezamenlijke contractstandaarden bij het voorkomen van zorgfraude?

“Voorheen sloten alle 342 gemeenten op hun eigen manier contracten met zorgaanbieders, wat veel diversiteit opleverde. Om administratieve lasten te verminderen, zijn gezamenlijke contractstandaarden voor Jeugdhulp ontwikkeld. Dit gestandaardiseerde inkoopcontract is samen met zorgaanbieders tot stand gekomen, en zorgt voor duidelijkheid. Het helpt bij het voorkomen van zorgfraude doordat gemeenten concrete eisen en voorwaarden stellen, en zorgaanbieders weten waar ze aan moeten voldoen.”

Wat zijn de voordelen van preventieve maatregelen bij de inkoop van zorg in vergelijking met reactief toezicht achteraf? “Concrete eisen in de contractstandaarden maken toetsing achteraf effectiever, omdat zorgaanbieders van tevoren weten wat er van hen verwacht wordt. Welk personeel is bijvoorbeeld nodig om een bepaald niveau van zorg aan te kunnen bieden? Als dit vooraf duidelijk is, kan een zorgaanbieder meteen zien of hij daaraan kan voldoen. Het voorkomt dat malafide zorgaanbieders binnenkomen, waardoor reactief toezicht achteraf minder nodig is.”

Dat klinkt allemaal heel logisch. “Klopt. Ik zeg weleens: ‘Er worden meer eisen gesteld aan een snackbar, dan aan een zorgaanbieder’. Dat is natuurlijk niet hoe het moet. Maar vergeet niet dat het uitvoeren van de Wmo en Jeugdwet in 2015 compleet nieuw was voor gemeenten. En niet alleen dat: er kwam ook enorm veel werk bij. Al vanaf de start zijn de eisen door gemeenten aangescherpt om misbruik buiten de deur te houden. Nu is het een logische vervolgstap om contracten te standaardiseren. Tja, je zou kunnen zeggen dat gemeenten door schade en schande wijzer zijn geworden.”

Investeren in toezicht loont, dat is duidelijk. Maar hoe zorgt de VNG ervoor dat deze boodschap alle 342 gemeenten in Nederland bereikt? “Dat is natuurlijk een enorme opgave waar veel tijd in gaat zitten. De VNG ondersteunt gemeenten met presentaties, handreikingen, filmpjes, kennis- en regiobijeenkomsten en proeftuinen. Dit zorgt voor bewustwording en helpt gemeenten om deze taak goed uit te voeren. En ja, de boodschap komt zeker aan, maar we zijn er nog niet; we blijven aandacht vragen voor dit belangrijke onderwerp.”

3. Proeftuinen & fieldlab Aanpak Zorgfraude

In december 2022 is gestart met de proeftuinen Aanpak Zorgfraude in de koploper-regio's Twente en Hart van Brabant. Binnen bestaande wet- en regelgeving wordt de samenwerking tussen gemeenten verder onderzocht.

De regio's Hart van Brabant en Twente namen samen met de VNG het initiatief voor de proeftuinen aanpak zorgfraude. Het ministerie van VWS steunt deze proeftuinen met € 1,6 miljoen voor 3 jaar. Op woensdag 14 december 2022 gaf minister Conny Helder in het ROC van Twente in Hengelo het officiële startsein. Het doel is om met proeftuinen tot een beproefde integrale ketenaanpak van inkoop, account- en contractmanagement, toezicht en handhaving te komen. De VNG neemt hierbij de faciliterende rol op zich om kennisdeling vanuit de proeftuinen te borgen en de nuttige werkwijzen onder

alle gemeenten te verspreiden. Daarnaast staat samenwerking tussen zorgaanbieders onderling en andere partners, zoals zorgverzekeraars en zorgkantoren, centraal. In de proeftuinen gaan de regio's nieuwe werkwijzen ontwikkelen om de kans op kwalitatief goede zorg voor inwoners te vergroten en malafide zorgaanbieders sneller en effectiever te weren. Zodat kwetsbare inwoners erop kunnen vertrouwen dat zij de zorg ontvangen die zij nodig hebben.





4. Voorkomen van misleiding door middel van vooronderzoek op locatie

De IGJ heeft recent vooronderzoeken op locatie ingesteld. Op deze manier wordt ervoor gezorgd dat inspecteurs een beter beeld van de aangeboden zorg te zien krijgen tijdens de beoordeling van de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Met het vooronderzoek op locatie voorkomt de inspectie dat zij slechts een door de zorgaanbieder bepaald deel van die zorg te zien krijgt. De informatie die een zorgaanbieder vooraf verstrekt, wordt geverifieerd met bronnen in de organisatie en externe bronnen.

In 2022 heeft dit geleid tot het opleggen van handhavende maatregelen bij meerdere zorgaanbieders, omdat deze aanbieders geen openheid over de cliëntpopulatie en de verleende zorg wilden (of konden) geven.

IGJ voorkomt misleiding met vooronderzoek op locatie

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) doet vooronderzoek op locatie en krijgt daarmee een completer beeld van de zorginstelling. Het doel: misleiding voorkomen. Clemens Ketels (programma-manager Integere Bedrijfsvoering en Zorgverwaarlozing bij de IGJ) en Hanne van Beek (senior Inspecteur bij de IGJ) leggen uit hoe het proces in zijn werk gaat en wat het oplevert. Hanne: ‘Het onderzoek helpt vertekende inspectierapporten te voorkomen.’

De IGJ voert sinds 2022 vooronderzoeken op locatie uit. Wat houdt dit in? Hanne: “Inspecteurs van de IGJ gaan altijd naar zorginstellingen om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te beoordelen. Dat is niets nieuws. Het vooronderzoek op locatie is een toevoeging aan de reguliere inspectie. Het draait hierbij vooral om het verzamelen van de juiste informatie, om een nauwkeurige beoordeling te kunnen maken van de werkelijke kwaliteit en veiligheid van de zorg ter plekke. Het vooronderzoek zorgt ervoor dat het inspectiebezoek effectiever en

grondiger kan worden uitgevoerd. De kans dat de IGJ bij een regulier onderzoek wordt misleid, wordt hiermee verkleind.”

Wat is de aanleiding voor deze nieuwe werkwijze? Clemens: “De aanleiding voor het invoeren van deze vorm van vooronderzoek komt voort uit het rapport van de Algemene Rekenkamer over zorgfraude en over mogelijk misbruik van de subsidieregeling Coronabaten in de Zorg - ook wel de ‘COZO-regeling’ genoemd. Deze regeling ondersteunde zorgaanbieders tijdens de coronacrisis bij het aannemen van extra personeel. Er kwamen signalen binnen van mogelijk minder integer handelen, zoals zorgverwaarlozing, niet-integere bedrijfsvoering en fraude. Omdat misleiding op de loer ligt, zoals dit ook door de Algemene Rekenkamer is benoemd, heeft de IGJ besloten om de inspecties met risico op misleiding op een andere manier aan te pakken, wat leidde tot het invoeren van het vooronderzoek op locatie.”

Hoe ziet het doen van een vooronderzoek eruit? *Hanne:* “Een vooronderzoek kent verschillende fasen. Het begint met een uitgebreid bureauonderzoek waarbij de inspectie informatie opvraagt en vervolgens verifieert op locatie. De verzamelde gegevens worden daarna vergeleken en samengevoegd met bestaande gegevens om een compleet beeld van de organisatie te krijgen en te voorkomen dat zorgaanbieders bepaalde informatie bewust achterhouden. Zoals bijvoorbeeld informatie over cliëntengroepen met hoge indicaties en complexe zorg.”

Helpt deze werkwijze de inspectie ook echt om een beter beeld te krijgen? *Hanne:* “Het vooronderzoek helpt om vertekende inspectierapporten te voorkomen, waarbij alleen een selectief deel van de zorg wordt getoetst omdat een deel van de informatie wordt achtergehouden door de zorgaanbieder. Hoewel het nog te vroeg is om definitieve conclusies te trekken, lijkt het vooronderzoek op locatie succesvol in het voorkomen van misleiding. Het geeft een completer beeld van de zorginstelling en draagt daarmee bij aan het toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg.”

Waarom is de IGJ niet eerder gestart met het doen van deze vooronderzoeken? *Clemens:* “In januari 2022 is binnen de IGJ het programma 'van integere bedrijfsvoering tot zorgverwaarlozing' gestart. Hierin staat de vraag centraal hoe om te gaan met niet-integere bedrijfsvoering. Daar is dit vooronderzoek uit voortgekomen als een essentieel instrument om op te treden tegen opzettelijk kwaadwillende bestuurders en opzettelijke misleiding. Ik wil wel graag benadrukken dat er voor een inspectiebezoek altijd een vorm van vooronderzoek plaatsvond - en nog vindt. Maar als er signalen zijn van zorgfraude en opzettelijke misleiding, is een andere aanpak nodig. Het vooronderzoek op locatie voorziet in deze behoefte.”

Is de nieuwe werkwijze nog voor verbetering vatbaar?

Clemens: “Het doen van vooronderzoek is sterk afhankelijk van samenwerking met partners. Daarin kunnen we nog wel wat sneller en efficiënter werken, vooral als het gaat om het verkrijgen van informatie over bijvoorbeeld cliëntpopulaties op een specifieke zorglocatie. Ook hebben we nog een slag te maken in de interne processen. Kortom, we zijn nog volop bezig. Hoe optimaler het proces, hoe beter we in staat zijn nog meer resultaten te behalen!”

Toezicht



1. Investeren in professionele bedrijfsvoering van zorgaanbieders

De NZa controleert de declaraties en bedrijfsvoering van zorgaanbieders in onder meer de sectoren wijkverpleging, ggz, huisartsenzorg en mondzorg. Dit doet de NZa door de zorgadministratie en financiële administratie van zorgaanbieders op te vragen en te beoordelen. Door hen te toetsen en waar nodig de ruimte te geven deze op orde te brengen, wordt voorkomen dat geld weglekt uit de zorg en dat dit ten koste gaat van goede zorg voor de cliënt. Professionele bedrijfsvoering is namelijk een voorwaarde voor passende zorg.



Geleerde lessen

Een belangrijke les is dat het inzetten op voorkomen van overtredingen minstens zo belangrijk is als het controleren achteraf van zorgaanbieders. Door te investeren in het goed informeren van zorgaanbieders over de geldende wet- en regelgeving, bereiken we dat zorgaanbieders beter weten wat van hen verwacht wordt. Dat gebeurt bijvoorbeeld via een Informatiekaart, media-uitingen, maar kan ook in een bestuursgesprek of door een presentatie te geven aan zorgprofessionals (in opleiding).

Succesfactoren zijn de gebruikte effectieve onderzoeksmethodieken. De NZa vraagt bijvoorbeeld gerichter informatie op, en waar mogelijk, wordt deze informatie digitaal beoordeeld. Deze methodieken dragen ertoe bij dat op zorgvuldige – maar ook op snelle – wijze een oordeel gevormd wordt over de bedrijfsvoering en administratie van de zorgaanbieder. Als er een overtreding wordt vastgesteld, worden zorgaanbieders in de meeste gevallen eerst de kans geboden om zich op dit onderdeel te verbeteren. Gebeurt dit niet, dan treedt de NZa handhavend op.

Het is het opvallend dat er in 2022 een totaalbedrag gemoeid is van €20.871.936,- van geconstateerde fraude in de wijkverpleging. Dit betreft naar schatting 75% van de totaal door zorgverzekeraars onderzochte frauderende zorgaanbieders in 2022. Een inschatting van de omvang van de niet door zorgverzekeraars ontdekte fraude is niet mogelijk, omdat fraude (uiteraard) per definitie heimelijk plaatsvindt.



€ 35.978.603

Fraude vastgesteld en teruggevorderd door zorgverzekeraars

Cijfers
2022



Aantal
fraudedossiers van
zorgverzekeraars
in 2022

Bron: Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Bron: Zorgverzekeraars Nederland (ZN) Dit betreft een mix van kleine dossiers over frauderende verzekerden tot aan complexe onderzoeken bij grote(re) instellingen.



Cijfers
2022



16.580

IGJ meldingen



1.770

inspectiebezoeken

20

Opgelegde aanwijzingen



10x

inzet verscherpt toezicht

Signalen 2022



792

Interventies bij zorgaanbieders

4426



“Het aantal interventies door de NZa is in 2022 sterk gestegen ten opzichte van eerdere jaren. Dit is mede te verklaren door de nieuwe taken in het kader van de Wet toetreding zorgaanbieders. Meer informatie over het aantal interventies door de NZa is te vinden via deze link (vanaf pag. 94): puc.overheid.nl/nza/doc/

Bron: Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)



Snel naar **1** **2**

Opsporing en vervolging



Interview

1. Fraudebestendige COZO-subsidieregeling

De subsidie Coronabanen in de Zorg ('COZO') was bedoeld voor zorgaanbieders zodat zij tijdelijk ondersteunende werknemers in dienst konden nemen. Hiermee werden zorgmedewerkers ontlast bij de buitengewoon hoge zorgvraag, uitval van collega's, overbelasting en inhaalzorg door Corona. De regeling werd uitgevoerd door de Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen (DUS-I). Het ministerie van VWS heeft deze subsidieregeling in februari 2022 tijdelijk opgeschort. Dat gebeurde nadat zij signalen had ontvangen van de Nederlandse Arbeidsinspectie (Arbeidsinspectie) en het Openbaar Ministerie (OM) van mogelijk oneigenlijk gebruik van de regeling.



Geleerde lessen

Naar aanleiding van signalen van de Arbeidsinspectie en het OM is de COZO regeling door VWS aangepast. DUS-I van VWS heeft een team opgezet dat de rechtmatigheid van verleende subsidies controleert. Gegevensuitwisseling binnen de keten van aanpak van fraude in de zorg blijft echter complex door de vele partijen die betrokken zijn. Een andere les is dat het belangrijk is om al bij de aanvraag van de subsidie aanvragers goed te screenen. Ten slotte is het belangrijk om bij subsidieregelingen ook te regelen wie verantwoordelijk is voor de handhaving. Bij deze regeling is bijvoorbeeld geen bestuursrechtelijk toezichthouder aangewezen terwijl deze een essentiële rol in handhaving heeft.

Cijfers
2022

15 regulier
&
2 ontneming



17

afgeronde strafrechtelijke (ontnemings)
onderzoeken door de Opsporingsdienst
van de Nederlandse Arbeidsinspectie

Bron: Nederlandse Arbeidsinspectie

Meer informatie over de onderzoeken van de Nederlandse Arbeidsinspectie is te lezen in het [Jaarverslag 2022](#), vanaf pag. 68

Een fraudebestendige COZO-regeling

Tijdens de coronacrisis is de subsidie Coronabanen in de Zorg (COZO) opgezet om tijdelijk extra personeel aan te nemen. Na signalen van fraude is de regeling opgeschort. Carolien Hanewinkel, afdelingshoofd Opsporing bij de Nederlandse Arbeidsinspectie (Arbeidsinspectie), Hanne van Beek, senior Inspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en Timon van de Kraats, senior Beleidsadviseur Zorgfraude bij het Functioneel Parket van het Openbaar Ministerie (OM) vertellen hoe hun organisaties de handen ineensloegen om de COZO-fraude aan te pakken.

Even kort: wat is de COZO-regeling en waarom is deze in het leven geroepen? Carolien: “De COZO-regeling is opgezet tijdens de coronapandemie om zorgaanbieders te helpen tijdelijk extra ondersteunend personeel aan te nemen. De regeling kende drie tranches waarin de subsidie kon worden aangevraagd in 2021 en in 2022. Voor de eerste twee tranches is een bedrag van 84 miljoen euro beschikbaar gesteld.”

Timon: “De zorg stond door corona onder druk. De coronabanen hadden als doel zorgverleners te ontlasten, waardoor de continuïteit van de zorg kon worden gewaarborgd. Simpel gezegd: door extra ondersteunend personeel in te huren, kon het zorgpersoneel zich bezighouden met de zorgtaken.”

De regeling is tijdelijk opgeschort omdat er vermoedens van misbruik ontstonden. Wat was er aan de hand? Carolien: “In december 2021 ontving de Arbeidsinspectie signalen van fraude met betrekking tot de COZO-regeling, nadat verschillende banken verdachte transacties hadden gemeld aan de Financial Intelligence Unit - de FIU. Denk aan het ‘rondpompen’ of opnemen van grote bedragen, en internationale overboekingen. De meldingen wezen op mogelijk misbruik; het leek erop dat het geld niet werd gebruikt voor het aannemen van extra personeel. Als reactie hierop heeft de Arbeidsinspectie in samenwerking met het OM een rapport opgesteld en naar het ministerie van VWS gestuurd. Het ministerie heeft direct gereageerd door de derde tranche van de COZO-regeling op te schorten met als doel het risico op misbruik te minimaliseren.”

Zijn de vermoedens van misbruik juist gebleken? *Carolien:* “Hier wordt nog volop onderzoek naar gedaan, maar onlangs is de eerste strafzaak bij de rechtbank aangebracht. Daarin is de verdachte onder andere veroordeeld voor COZO-fraude. Het ging om een onterecht verkregen subsidie van 234.186 euro.”

De regeling is aangepast om fraude te voorkomen. Is dit gelukt?

Carolien: “De regeling was in de eerste instantie zeer laagdrempelig; er was geen inhoudelijke controle en een onderbouwing van de aanvraag was niet nodig. Als een subsidieaanvraag was ingediend, werd vrijwel direct overgegaan tot uitbetaling van een voorschot. Dit waren soms geldbedragen van enkele tonnen tot meer dan een miljoen euro per aanvrager.”

Timon: “Kortom: er bestond genoeg ruimte om de regeling aan te scherpen. En dit heeft VWS naar aanleiding van ons signaal ook gedaan. Bij de derde tranche zijn vooraf extra voorwaarden ingevoerd en moest de zorgaanbieder de onderbouwing voor de subsidie met de aanvraag meesturen. Dit heeft impact gehad: van de bedrijven die mogelijk misbruik hebben gemaakt van de regeling in de eerste en tweede tranche, hebben zich aanzienlijk minder aangemeld voor de derde tranche.”

Op welke manier zijn de Arbeidsinspectie, het OM en de IGJ betrokken bij de aanpak van deze ‘COZO-fraude’? *Carolien:*

“De opsporingsdienst van de Arbeidsinspectie voert onder het gezag van het OM strafrechtelijke onderzoeken uit op het gebied van zorgfraude. Wanneer de Arbeidsinspectie meldingen ontvangt, wordt eerst beoordeeld of sprake is van strafbaar handelen, waarna een strafrechtelijk onderzoek kan worden gestart. Ook kijken we samen met de IGJ en het OM hoe we verschillende interventies kunnen inzetten, dus vanuit het strafrecht én bestuursrecht. Door samen op te trekken en waar mogelijk informatie te delen, kunnen we dit sneller en beter doen.”

Hanne: “Het toezicht van de IGJ richt zich op de veiligheid en kwaliteit van zorg en de risico's voor cliënten. Via het bestuursrecht kan de inspectie verschillende interventies inzetten en handhavend optreden. Hierbij bezoekt de inspectie veel zorgaanbieders. De informatie van de Arbeidsinspectie en het OM gebruiken we om een inschatting van de risico's voor de veiligheid en kwaliteit van de zorg te kunnen maken. In onze samenwerking bundelen we dus onze kennis en expertise, waarbij de combinatie van het strafrecht en bestuursrecht veel waarde toevoegt.”

De aanpak van de COZO-fraude lijkt effectief. Waar zijn de goede resultaten aan toe te schrijven?

Timon: “Zorgfraude en problemen met zorgkwaliteit gaan vaak hand in hand, daarom is de samenwerking met de IGJ zo belangrijk. Vanaf het moment dat we hebben ontdekt dat er mogelijk flink werd gefraudeerd, hebben we met IGJ en ook de Nederlandse Zorgautoriteit de handen ineengeslagen. Dankzij de korte lijnen kunnen we snel schakelen. De kracht zit hem dus in de gezamenlijke actie.”

Wat gebeurt er eigenlijk met bedrijven die misbruik hebben gemaakt van de COZO-subsidieregeling?

Timon: “De zorgbedrijven die in beeld zijn, hebben van het OM een brief ontvangen. Daarin staat dat er signalen zijn dat ze mogelijk onterecht subsidie hebben ontvangen of deze verkeerd hebben gebruikt. Zij kunnen contact opnemen met de opsporingsdienst van de Arbeidsinspectie. Als ze hun fout erkennen, kan een terugbetalingsregeling worden getroffen, waarmee in de meeste gevallen verdere strafrechtelijke vervolging kan worden voorkomen.”

Hanne: “De IGJ heeft een analyse gemaakt van de betrokken zorgaanbieders op risico’s voor de veiligheid en kwaliteit van de zorg. Dit heeft tot nu toe geleid tot inspectiebezoeken om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te beoordelen, en bestuursgesprekken, en ook tot handhaving, zoals het opleggen van verscherpt toezicht, dwangsommen en intrekking van Wtza-vergunningen (Wet toetreding zorgaanbieders). Door de publicatie van de inspectierapporten en handhavingsmaatregelen, worden ook ketenpartners zoals zorgverzekeraars en gemeenten gewaarschuwd voor risico’s op fraude en zorgverwaarlozing. Ook zij hebben onderzoeken ingesteld.”

Welke lessen nemen jullie mee bij het opstellen van een eventuele volgende ‘spoedsubsidieregeling’?

Timon: “Tijdens de crisis zijn er snel en onder hoge druk verschillende financiële regelingen opgesteld om de economie overeind te houden. Maar bij het opstellen was onvoldoende aandacht voor het voorkomen van fraude. Helaas hebben fraudeurs en criminelen vervolgens op grote schaal misbruik gemaakt van deze regelingen, onder andere dus de COZO-regeling. Als we iets hebben

geleerd, dan is het dat we ondanks de druk ook aandacht moeten hebben voor controle vooraf. Hiermee kan fraude worden voorkomen – of in elk geval moeilijker worden gemaakt – en komt ons belastinggeld terecht waar het nodig is. Dat is helaas een zure, maar belangrijke les.”

Carolien: “Het is begrijpelijk dat destijds werd gestreefd naar zo min mogelijk administratieve lasten voor zorgaanbieders én een snelle uitbetaling. Het idee was om drempels zo laag mogelijk te houden, maar het nadeel is dat het plegen van fraude daardoor erg eenvoudig was. Ik ben ervan overtuigd dat dit risico op misbruik de volgende keer met enkele ingebouwde controles kan worden verminderd.”



2. Casus: strafrechtelijk onderzoek naar pgb-fraude

De Arbeidsinspectie is eind 2018 een strafrechtelijk onderzoek gestart naar een zorgbedrijf dat zich schuldig zou maken aan zorgfraude, door zorg te declareren die niet zou zijn geleverd. Er zou voor ongeveer 1.7 miljoen euro gefraudeerd zijn. Het zorgbedrijf zou persoonlijke verzorging, verpleging, individuele begeleiding en dagbesteding leveren dat werd betaald vanuit persoonsgebonden budgetten (pgb) van cliënten.

Het onderzoek is gestart nadat de Arbeidsinspectie concrete informatie had ontvangen over deze mogelijke pgb-fraude en een melding van een curator. Volgens deze informatie zouden prijsafspraken gemaakt worden tussen het zorgbedrijf en haar cliënten én zou er geen zorgadministratie aanwezig zijn. Aanvullend is een

signaal van een bank ontvangen waarin werd gemeld dat de ontvangen pgb-gelden vermoedelijk niet werden besteed aan het verlenen van zorg.

Uit nader onderzoek van de Arbeidsinspectie werd duidelijk dat de uren zorg die waren gedeclareerd niet door het zorgbedrijf konden zijn geleverd, omdat zij daarvoor de capaciteit niet had. Inkoop van zorgpersoneel had niet of slechts beperkt plaatsgevonden, zo bleek uit het onderzoek. Op 1 juni 2022 heeft de rechtbank uitspraak gedaan. Zij heeft geconcludeerd dat voor het grootste deel van de gedeclareerde zorg geen zorgpersoneel is ingehuurd en dat de facturen die zijn gebruikt voor het declareren van deze zorg vals zijn. Omdat de rechtbank, anders dan het Openbaar Ministerie (hierna: OM), niet van oordeel is dat de gehele inhuur door het zorgbedrijf frauduleus was, komt zij tot een lagere strafoplegging dan door de officier van justitie is gevorderd.



De rechtbank heeft uiteindelijk twee verdachten veroordeeld tot een gevangenisstraf van 270 dagen, een verdachte tot een gevangenisstraf van 160 dagen en het zorgbedrijf tot betaling van een geldboete van € 60.000,-. De vijfde verdachte is door de rechtbank vrijgesproken, omdat niet kon worden bewezen dat deze verdachte betrokken is geweest bij de gepleegde fraude. In de ontnemingszaak, die ziet op het afpakken van het vermogen dat is verdiend met de gepleegde fraude, heeft de rechtbank beslist dat het zorgbedrijf 1.7 miljoen euro aan de Staat moet terugbetalen.



Geleerde lessen

Dit onderzoek leert ons dat concrete, actuele en betrouwbare informatie bijdraagt aan het maken van de juiste keuze voor de inzet van het strafrecht. Voor het OM en de Arbeidsinspectie zijn meldingen van banken over ongebruikelijke transacties, nader geanalyseerd door de FIU, zowel kwantitatief als kwalitatief, een belangrijke informatiebron. Ook andere zogeheten poortwachters, zoals notarissen en curatoren, spelen een onmisbare rol in het aanleveren van waardevolle informatie. Hiermee wordt een belangrijk fundament gelegd waarop de Arbeidsinspectie, in het kader van het strafrechtelijk onderzoek, kan voortbouwen.

Verder laat deze casus zien dat het doen van strafrechtelijk onderzoek naar zorgfraude ingewikkeld en tijdrovend is. Om fraude te kunnen aantonen, is uitgebreid onderzoek en een nauwkeurige (financiële) analyse nodig. De regelgeving



is complex en versnipperd. Daar komt bij dat de wetgeving in de praktijk – uit pragmatische overwegingen – soms anders wordt geïnterpreteerd en uitgevoerd, waardoor niet altijd meer duidelijk is welke norm in strafrechtelijke zin is overtreden. Om die reden komt het voor dat strafrechtelijke onderzoeken soms in een vroeg stadium door het OM worden stopgezet of dat de rechter besluit tot vrijspraak. Verder speelt mee dat de doorlooptijd voor onderzoeken met verdachten, die niet vanuit voorlopige hechtenis worden berecht, ongewenst lang is wegens beperkte zittingsruimte. Bij elkaar kan dit ertoe leiden dat, zoals ook in deze casus het geval is, de verdachten zich vaak pas na enkele jaren voor de rechter moeten verantwoorden. Nieuwe initiatieven voor een alternatieve afdoening en andere vormen van effectvolle interventies, worden momenteel onderzocht en ook daadwerkelijk uitgetoetst.

Tot slot constateert het OM, onder andere aan de hand van deze casus, dat fraudeurs steeds vaker gebruik maken van complexe bedrijfsstructuren en een ongebruikelijke gelaagdheid aan onderaannemers. Hierdoor is niet zichtbaar of, en zo ja wie, de gedeclareerde zorg heeft geleverd. Dit bemoeilijkt het doen van onderzoek, zowel door opsporing als toezicht. Een logische financieel-economische verklaring voor deze bedrijfsstructuren en onderaanneming ontbreekt. Het is daarom wenselijk en noodzakelijk dat voor het starten van een zorgbedrijf duidelijke en strikte eisen worden gesteld, zodat ‘aan de voorkant’ de instroom van nieuwe malafide zorgbedrijven kan worden ingeperkt.



Signaleringsparagraaf

Aanpak fouten en fraude in de zorg

In eerdere jaren hebben de ketenpartners⁵ die betrokken zijn bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg bij de minister voor het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) aandacht gevraagd voor nieuwe en bestaande knelpunten waar zij bij het uitvoeren van hun taak tegenaan lopen. In deze bijdrage aan de Effectenbrief doen deze ketenpartners dat opnieuw. Hierbij wordt ook ingegaan op de effectiviteit van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) die per 1 januari 2022 in werking is getreden.

5. Beleidsreactie Signaleringsbrief 2020 d.d. 25 juni 2021, p.5.



Helaas doen zich met regelmaat schrijnende gevallen van misstanden in de zorg voor en vindt fraude met zorggeld plaats. Op dagelijkse basis spannen de ketenpartners zich in dit te voorkomen, te stoppen en te bestraffen en zoeken zij hierin de samenwerking op. Zo werken zij samen aan het verbeteren en meer fraudebestendig maken van de uitvoering, beleid en wet- en regelgeving en waar mogelijk ook in operationele activiteiten. Tekortkomingen en gesignaleerde knelpunten in de aanpak van fouten en fraude in de zorg en de samenwerking tussen ketenpartners, worden in beginsel zoveel mogelijk zelf opgelost. Als de oplossing niet kan worden gevonden binnen de keten of de eigen organisatie(s), wordt VWS verzocht deze knelpunten – samen met de ketenpartners – aan te pakken door middel van nieuwe en/of aanvullende wet- en regelgeving.

Vanuit de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ, zie voetnoot 1) zijn verschillende initiatieven gestart – o.a. naar aanleiding van het rapport van de Algemene Rekenkamer – om de samenwerking te versterken. Ook lopen er wetgevingstrajecten (Wbsrz en Wibz) of zijn deze afgerond (Wtza). Desondanks constateren ketenpartners dat nog

steeds verschillende knelpunten bestaan in de regelgeving die invloed hebben op de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

Ketenpartners hebben in eerdere signaleringsbrieven kenbaar gemaakt dat de toegang tot de zorgmarkt door zorgaanbieders te laagdrempelig is en dat er behoefte is aan gerichte maatregelen, waarmee in een zo vroegtijdig mogelijk stadium kan worden voorkomen dat misstanden plaatsvinden en mogelijke fraude wordt gepleegd. Hierbij moet worden gedacht aan maatregelen op het gebied van screening van oprichters en/of bestuurders van nieuwe zorgaanbieders, vroegtijdige en bredere kennisdeling en strikte(re) vergunningverlening.

In deze signaleringsparagraaf van de effectenbrief wordt nader ingegaan op een vijftal knelpunten die ketenpartners eerder hebben benoemd in signaleringsbrieven 2016-2020 en waarvan zij constateren dat deze nog steeds actueel zijn. Om herhaling te voorkomen, volstaat nu een korte toelichting. Maar eerst wordt nader ingegaan op de effectiviteit van de Wtza die per 1 januari 2022 in werking is getreden.

Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza)

Als reactie op het meermaals afgegeven signaal dat toetreding tot de zorgmarkt voor zorgaanbieders te eenvoudig is, is de Wtza aangedragen als mogelijke gedeeltelijke oplossing voor geconstateerde problematiek. Hierbij heeft VWS benadrukt dat de Wtza niet als doel heeft fraude te voorkomen dan wel tegen te gaan. Het doel van de Wtza is het verbeteren van toezicht op nieuwe zorgaanbieders, door middel van de introductie van de meldplicht voor alle nieuwe zorgaanbieders die onder de Wkkgz vallen. Ten aanzien van zorgaanbieders die met meer dan tien zorgverleners zorg (doen) verlenen, zoals omschreven in de Zorgverzekeringswet (Zvw) of Wet langdurige zorg (Wlz), geldt naast de meldplicht ook een vergunningplicht. Jeugdhulpaanbieders hebben ongeacht hun omvang slechts een meldplicht. En zorgaanbieders die alleen zorg verlenen op grond van de Wmo, vallen in zijn geheel niet onder de Wtza.

Ketenpartners vinden dat de Wtza in beginsel goede instrumenten bevat waarmee meer zicht wordt verkregen op (nieuwe) zorgaanbieders. Maar de roep om gerichte maatregelen waarmee onrechtmatigheden kunnen worden voorkomen, zoals (preventieve) screening, wordt niet met de Wtza beantwoord. In de Wtza zijn bij de

meldplicht geen specifieke inhoudelijke voorwaarden aan startende zorgaanbieders gesteld. Voorts komen ketenpartners zorgaanbieders tegen die niet zijn ingeschreven in het Handelsregister. Ook dat is geen voorwaarde van de Wtza. De meldplicht dient uitsluitend om zicht te krijgen op de totale omvang van (nieuwe) zorgaanbieders. Toetsing aan de voorkant is dus niet mogelijk. Ook het vergunningsproces biedt onvoldoende aanknopingspunten om problemen te kunnen aanpakken vóórdat deze zich voordoen, dus op het moment dat een risico zich nog niet in een daadwerkelijk probleem heeft vertaald. Toezichthouders kunnen pas optreden als negatieve gevolgen zich al hebben voorgedaan. Ook kunnen zorgverzekeraars niet op voorhand vergoeding van declaraties van frauderende of anderszins kwaadwillende partijen weigeren.

Daar komt bij dat de problematiek van ‘oneigenlijk gebruik’ met name wordt gezien binnen niet-gecontracteerde zorg. Het gevolg is dat toezichthouders en zorgverzekeraars een onevenredig groot deel van de schaarse en kostbare middelen inzetten op een segment dat procentueel gezien een beperkt aandeel heeft ten opzichte van de totale zorgkosten, maar wel verantwoordelijk is voor een hoog aantal onrechtmatigheden.

In het algemeen blijven ketenpartners zich uiteraard inzetten om de middelen waarover zij beschikken in te zetten om onrechtmatigheden aan te pakken. Om hierin zo effectief mogelijk te zijn, helpt het als ketenpartners op voorhand ongewenste partijen kunnen weren van de zorgmarkt. Omdat voorkomen beter is dan genezen, willen de ketenpartners de kennis en ervaring die zij hebben vanuit het uitvoeren van hun taak, delen zodat goede preventieve maatregelen kunnen worden genomen.

Knelpunten

Zoals gezegd, zijn de hierna genoemde knelpunten niet nieuw. Zij zijn eerder benoemd en nader toegelicht in de signaleringsbrieven 2016-2020. Hierbij wordt benadrukt dat deze knelpunten met name worden ervaren in de aanpak van fouten en fraude in de sector wijkverpleging. Ten aanzien van deze sector bestaan de grootste frauderisico's en worden de meeste fraudesignalen ontvangen. Een van de initiatieven die ketenpartners daarom zijn gestart – zoals hiervoor is aangegeven

– is het verbeteren van de gezamenlijke aanpak van netwerken in de sector wijkverpleging. Daarnaast vraagt de aanpak van fouten en fraude in de zorg in de sectoren gehandicaptenzorg, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg, gelet op de kwetsbaarheid van de cliënten in deze sectoren, om continue aandacht van de ketenpartners.

De eerste twee knelpunten zien primair op het voorkomen van fouten en fraude in de zorg. De laatste drie knelpunten hebben betrekking op de handhaving van fraude in de zorg. Deze knelpunten moeten in samenhang met elkaar worden gezien. Hieruit volgt dat de toegang tot de zorg, in het bijzonder de sector wijkverpleging, voor (nieuwe) zorgaanbieders eenvoudig is, de indicatiestelling een kwetsbaar en fraudegevoelig instrument betreft en moeilijk is te herzien. Dit laatste geldt te meer als sprake is van een Wlz-indicatie. En zodra achteraf handhavend moet worden opgetreden, dit beperkingen (in de samenwerking) en complexiteit met zich meebrengt.

1. Toegang zorgaanbieders tot de zorgmarkt

In de Signaleringsbrieven van 2017, 2018 en 2020 wordt het knelpunt van laagdrempelige toegang tot de zorgmarkt door zorgaanbieders benoemd. Dit knelpunt is nog steeds actueel. Ketenpartners realiseren zich dat het gros van de zorgaanbieders het goed doen. Maar de ketenpartners zien ook veel (nieuwe) zorgaanbieders die niet de intentie hebben goede zorg te verlenen, maar om financieel gewin te realiseren. Het huidige wettelijk kader, waaronder de Wtza, biedt onvoldoende instrumenten deze zorgaanbieders te weren. Ketenpartners zijn unaniem van oordeel dat dit een behoorlijke wissel trekt op de door de maatschappij verwachte effectiviteit van toezicht en handhaving ten aanzien van fouten en fraude in de zorg.

2. Indicatiestelling

2.1 Indicatiestelling in de wijkverpleging

In de signaleringsbrieven van 2017 en 2018 zijn problemen met de indicatiestelling benoemd. In de sector wijkverpleging wordt een indicatie gesteld door een wijkverpleegkundige niveau 5. Een wijkverpleegkundige kan in dienst zijn bij of anderszins een werk-

relatie hebben dan wel samenspannen met een zorgaanbieder die de geïndiceerde zorg daadwerkelijk gaat leveren. Hiermee ontstaat er een (financieel) belang dat ertoe kan leiden dat indicaties hoger gesteld worden dan nodig. Ketenpartners zien ook daadwerkelijk valse indicatiestellingen.

2.2 Indicatiestelling Wlz

Ten aanzien van de Wlz-indicatie signaleert het CIZ het volgende knelpunt. De Centrale Raad van Beroep (CRvB) heeft in een aantal uitspraken⁶ over het intrekken van een Wlz-indicatie geoordeeld dat het CIZ bij een herindicatie niet mag toetsen aan de toegangscriteria van de Wlz. Eenmaal toegang tot de Wlz, betekent levenslang toegang tot de Wlz en tot de zorg die op basis van de Wlz wordt bekostigd.

Een indicatiebesluit mag alleen worden ingetrokken of herzien als sprake is van aantoonbare fraude of foutieve informatie. Omdat fraude in de indicatiestelling door het CIZ vrijwel niet kan worden vastgesteld, worden door deze uitspraken de mogelijkheden om daadwerkelijk een

6. ECLI:NL:CRVB:2019:3445, ECLI:NL:CRVB:2021:1686, ECLI:NL:CRVB:2021:1687, ECLI:NL:CRVB:2021:1688, ECLI:NL:CRVB:2021:1689.

indicatie in te trekken ernstig beperkt. Ook wanneer er vermoedelijk sprake is van fraude. Het ClZ is met VWS reeds in gesprek over de kaders en beperkingen van deze uitspraken en de mogelijke consequenties.

3. Gebrekkige mogelijkheden voor zorgverzekeraars om te controleren bij niet gecontracteerde zorgaanbieders

In de signaleringsbrieven van 2017 en 2018 hebben de ketenpartners gesignaleerd dat zij veel zorgaanbieders zien die geen contract met een zorgverzekeraar aan gaan. Dit heeft tot gevolg dat de zorgverzekeraar geen afspraken kan maken voorafgaande aan de zorgverlening. Ook heeft de zorgverzekeraar zeer beperkte mogelijkheden om declaraties voor zorg achteraf te controleren.

In het ingetrokken wetsvoorstel Verbetering Toezicht en Opsporing Wet Marktordening gezondheidszorg (VTO Wmg) was een oplossing voor dit knelpunt opgenomen. De VTO Wmg creëerde de wettelijke

mogelijkheid voor zorgverzekeraars om rechtstreeks bij niet-gecontracteerde zorgaanbieders een formele én materiële controle uit te oefenen. In de beleidsreactie op de signaleringsbrief 2020⁷ heeft de toenmalige minister voor VWS aangegeven de opvolging van dit punt aan diens opvolger te laten, omdat het kabinet destijds demissionair was.

4. Ontbreken bevoegdheid NZa bij niet geleverde zorg

De NZa is bestuursrechtelijk toezichthouder op zorgaanbieders die zorg leveren, gefinancierd vanuit de Zvw en Wlz. In de signaleringsbrief 2020⁸ zijn verbeterpunten t.a.v. het ingetrokken wetsvoorstel VTO Wmg opgenomen. Deze punten zijn nog steeds actueel. Met name het ontbreken van de mogelijkheid voor de NZa onderzoek te doen en/of te handhaven in geval dat nota's in rekening worden gebracht bij zorgverzekeraars terwijl helemaal geen zorg is geleverd (de zogeheten spooknota's) is van invloed op de effectiviteit van bestuursrechtelijk toezicht en handhaving.

7. Beleidsreactie Signaleringsbrief 2020 d.d. 25 juni 2021, p.6.

8. Signaleringsbrief zorgfraude 2020 TIZ d.d. 21 december 2020, p. 4-5

5. Complexe structuren

In de signaleringsbrief 2020 wordt het probleem van complexe organisatiestructuren uitgebreid toegelicht, waarbij ook wordt verwezen naar eerdere signaleringsbrieven. Ketenpartners constateren dat met grote regelmaat gebruik wordt gemaakt van deze constructies en onderaanneming, zonder dat hier een logische financieel-economische verklaring voor bestaat. In die gevallen hebben zij geen zicht op welke zorgaanbieder (als onderaannemer) wordt ingeschakeld en wie de feitelijke zorg aan welke cliënten uiteindelijk levert.

De complexe organisatiestructuren die de partners zien, bemoeilijken de (gezamenlijke) controle en handhaving van deze zorgaanbieders, zowel juridisch als uitvoeringstechnisch. Wettelijke mogelijkheden om onderzoek te doen ontbreken en het doen van zorgvuldig en volledig onderzoek is complex en tijdrovend. Het gebruik van dergelijke complexe juridische structuren kan volgens de ketenpartners een belangrijke rol spelen bij het weglekken van zorggelden. Tevens zien zij, in toenemende mate, dat binnen deze structuren ook andere vormen van criminaliteit aan de orde zijn.

6. Benutten informatie SVB (persoonsgebonden budget)

In de signaleringsbrief van 2019 is er al gesproken over de unieke informatiepositie van de SVB. Omdat dit kansen biedt voor effectief toezicht op het pgb door toezichthouders, waaronder zorgkantoren en gemeenten, is er veel belangstelling voor deze informatie. Als gevolg van juridische beperkingen zijn de mogelijkheden om deze informatie te benutten echter gering. De Wet bevorderen samenwerking rechtmatige zorg (Wbsrz) is hierin een goede stap, maar aanvullende grondslagen in de Wlz, Jeugdwet en Zvw zijn absoluut noodzakelijk om de informatiepositie van de SVB goed te ontsluiten voor ketenpartners in de TIZ.

7. Pauzeknop en dashboard Zicht op Zorgaanbieders

De TIZ-partners hebben kennisgenomen van de toezegging van minister Helder op 5 juli 2023 tijdens het commissiedebat eerstelijnszorg om de “pauzeknop” in te drukken voor de groep zorgaanbieders die dit jaar voor het eerst (uiterlijk 30 december 2023) hun jaarverantwoording openbaar moeten maken. Het gaat onder andere om veel eerstelijns zorgaanbieders maar bijvoorbeeld ook om pgb-aanbieders.

Het indrukken van de “pauzeknop” met betrekking tot de verplichting tot deponering van de jaarverantwoording is nadelig voor de signalering en bestrijding van zorgfraude. De jaarverantwoordingen zijn immers een belangrijke bron van informatie voor de gehele keten. Het pauzeren is moeilijk verenigbaar met de opvatting dat fraude in de zorg niet acceptabel is en adequaat bestreden moet worden. Door de aanlevering gedurende twee jaar te pauzeren voor een specifieke groep aanbieders is er minder informatie beschikbaar om zorgfraude te signaleren en/of aan te pakken omdat het mogelijk is dat we essentiële informatie missen bij onderzoeken naar een bepaalde aanbieder.

Dit besluit heeft daarnaast ook gevolgen voor de effectiviteit van het middel dashboard Zicht op Zorgaanbieders. Onlangs zijn er problemen gesignaleerd rond dit dashboard. Er blijken daarin minder gegevens te kunnen worden gedeeld dan waarop bij de opzet van het dashboard werd ingezet. Het heeft tot gevolg dat deze informatiebron niet langer voor alle TIZ leden toegankelijk is. En dat daarmee een belangrijke informatie-bron bij het onderzoeken van een fraudemelding ontbreekt. En het ontoegankelijke dashboard Zicht op Zorgaanbieders heeft ook tot gevolg dat de jaarverantwoordingen voor de aanpak van zorgfraude des te belangrijker zijn.

Tot slot

Ketenpartners willen tot slot ook benoemen dat VWS zich de afgelopen periode sterk heeft ingezet voor de Wbsrz. Het is goed dat het Informatieknooppunt Zorgfraude (IKZ) een wettelijke grondslag heeft gekregen. En ook de bilaterale grondslag tussen gemeenten en zorgverzekeraars, die door middel van Verzamelwet Gegevensverwerking VWS I wordt gecreëerd, is veelbelovend en wenselijk.

Kanttekening daarbij blijft dat, ook met de Wbsrz, er voor een aantal situaties nog steeds bilaterale grondslagen ontbreken om informatie te kunnen delen. Zo ontbreekt bijvoorbeeld voor de SVB een grondslag om persoonsgegevens te verwerken in het licht van misbruik en oneigenlijk gebruik. En ontbreekt voor het CIZ een grondslag om signalen van (potentiële) fraude met gemeenten te delen. Ketenpartners blijven hier aandacht voor vragen.

Conclusies en vooruitblik komend jaar

De TIZ concludeert dat er goede stappen in de samenwerking zijn gezet. Binnen de prioriteit wijkverpleging heeft dit geresulteerd in een gezamenlijke aanpak van netwerken in de wijkverpleging. De TIZ zal de samenwerking binnen de wijkverpleging in 2024, en verder, voortzetten.

Zoals aangegeven zijn alle deelnemers aan de TIZ nog niet tevreden, de ambitie vanaf 2024 moet steviger om gezamenlijk meer effect te hebben. Naast de wijkverpleging zet de TIZ in op afspraken voor een gezamenlijke aanpak op fouten en fraude binnen de sectoren die in de signaleringsparagraaf als kwetsbaar worden genoemd: gehandicaptenzorg, de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Voorts staat 2024 in het teken van de implementatie van de Wbsrz. De Wbsrz treedt naar verwachting per 1 juli 2024 in werking. De voorbereidingen voor de oprichting van de Stichting IKZ en het Waarschuwingsregister zorgfraude lopen in 2024 door. Met de Wbsrz worden een aantal belangrijke beperkingen in de huidige gegevensuitwisseling weggenomen.

De TIZ vindt het van belang dat in 2024 duidelijkheid komt over de resterende (ervaren) beperkingen in de gegevensuitwisseling van deelnemende organisaties. De Algemene Rekenkamer benoemde immers dat de AVG ruimte biedt om persoonsgegevens te verwerken en delen. De praktijk wijst uit dat binnen - en tussen - organisaties keer op keer de discussie ontstaat of gegevens gedeeld

kunnen worden, met als veronderstelling dat doelbinding altijd een wettelijke basis moet hebben. Een recent voorbeeld hiervan is de VNG, die heeft besloten zich te beperken tot het delen van informatie over rechts-personen. De Algemene Rekenkamer en de Autoriteit Persoonsgegevens (AP) geven aan dat er meer mogelijk is dan partijen denken, voor zover er een duidelijke doelbinding is en dit goed onderbouwd wordt. Door de terugkerende discussie en onzekerheid in de uitvoering over hoe om te gaan met gegevensdeling gaat daadkracht in de aanpak verloren.

En dat druist in tegen de intrinsieke motivatie van alle betrokken medewerkers die de fraude in de zorg willen bestrijden. De TIZ zal daarom in gezamenlijkheid een inventarisatie van de (eventuele) resterende belemmeringen in de gegevensuitwisseling opstellen. Hierbij heeft de TIZ de intentie om bij de toepassing van de AVG de ruimte te zoeken om burgers in brede zin te

beschermen en te voorkomen dat een restrictieve benadering van de privacyregels de bescherming van burgers tegen zorgfraude in de weg staat.

Tot slot is het belangrijk om aandacht te blijven vragen voor een goede samenwerking. De TIZ heeft het afgelopen jaar gewerkt aan meer openheid, transparantie en betere onderlinge samenwerkingsafspraken. De TIZ zet dit verder voort, onder meer door diverse fysieke netwerk-bijeenkomsten, waarin informatie en geleerde lessen uitgewisseld worden.

De TIZ zet zich in om met de intensievere samenwerking en de inhoudelijke prioritering meer effect in de praktijk te bereiken. Meer effect in het verstoren, stoppen en bestraffen van misbruik van zorggelden en het beschermen van mensen in een kwetsbare positie; dat is uiteindelijk waar alle betrokken partijen zich dagelijks voor inzetten.