



Auditdienst Rijk  
*Ministerie van Financiën*

Onderzoeksrapport

— Toezicht bij de subsidieregeling abortusklinieken

## Colofon

Titel	Toezicht bij de subsidieregeling abortusklinieken
Uitgebracht aan	de secretaris-generaal, dhr. dr. E. (Erik) Gerritsen, van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Datum	2 april 2019
Kenmerk	2019-0000055120
Versie	Definitief

*Inlichtingen*  
**Auditdienst Rijk**  
070-342 7700

# Inhoud

## **Aanleiding opdracht—4**

## **Managementsamenvatting—5**

- 1 Twee leemten in het toezicht vanuit casuïstiek CASA-klinieken—8**
  - 1.1 Inleiding—8
  - 1.2 Wat is er bij CASA feitelijk aan de hand geweest?—8
  - 1.3 Hoe is het toezicht bij de subsidieregeling abortusklinieken ingericht?—9
  - 1.4 Hoe is het toezicht bij CASA feitelijk uitgevoerd?—10
  
- 2 Handelingsperspectief afhankelijk van risicoafweging—13**
  - 2.1 Inleiding—13
  - 2.2 Wat is het handelingsperspectief bij de eerder geconstateerde leemten?—13
  
- 3 Leemten vanuit CASA-casuïstiek bij vijf regelingen mogelijk; soms afgedekt—16**
  - 3.1 Inleiding—16
  - 3.2 In hoeverre zijn leemten vanuit CASA-casuïstiek mogelijk bij zeven andere regelingen?—16
  
- 4 Verantwoording onderzoek—20**
  - 4.1 Gehanteerde standaard—20
  - 4.2 Verspreiding rapport—20
  - 4.3 Gewijzigde opdrachtbevestiging—20
  - 4.4 Object van onderzoek, afbakening en definities—20
  - 4.5 Uitgevoerde werkzaamheden—21
  - 4.6 Referentiekader—21
  
- 5 Ondertekening—22**

## Aanleiding opdracht

De minister voor Medische Zorg en Sport heeft de Tweede Kamer toegezegd dat zij een brief ontvangt over mogelijke leemten in het toezicht. De secretaris-generaal van het ministerie van VWS heeft de ADR gevraagd onderzoek uit te voeren naar het toezicht bij de subsidieregeling abortusklinieken om een deel van de kennis en informatie te verkrijgen voor het opstellen van deze brief.

De uitvoering van en het toezicht op de subsidieregeling abortusklinieken was tot en met 2014 belegd bij Zorginstituut Nederland (ZiNL), voorheen het College voor Zorgverzekeringen (CVZ). Sinds 1 januari 2015 is de uitvoering en het toezicht in handen van het ministerie van VWS.

Aanvragers van deze subsidie moeten op grond van de subsidieregeling abortusklinieken meewerken aan een onderzoek dat namens of door de minister is ingesteld, onder andere door het verschaffen van inlichtingen en gegevens die van belang zijn voor het nemen van een besluit over het verstrekken van de subsidie. De bevoegdheden van ZiNL en VWS gaan evenwel niet zo ver dat medische dossiers ingezien mogen worden.

Dit betekent dat noch de minister van VWS noch ZiNL door inzage in het medisch dossier heeft kunnen onderzoeken welke vorm/zwaarte van abortus is gedeclareerd en of dat overeenstemt met de daadwerkelijke vorm/zwaarte van de betreffende behandeling, zoals geregistreerd in het medisch dossier. Dit kwam nadrukkelijk naar voren bij mogelijke onregelmatigheden bij CASA-klinieken, welke inmiddels failliet is verklaard. De minister benoemt het als een leemte in het toezicht en zegt toe daarop terug te komen met een brief:

*"... om te voorzien in die leemte in dat toezicht, waarbij het enerzijds gaat over de financiële kant van de zaak en anderzijds over de privacybescherming..."<sup>1</sup>*

Dit onderzoek richt zich op het geven van inzicht in de leemten in de opzet van het toezicht voor de subsidieregeling abortusklinieken en in het uitgevoerde toezicht bij de CASA-klinieken, om handelingsperspectief te bieden hoe voor de toekomst in deze leemten in het toezicht kan worden voorzien. Ook wordt gekeken naar andere, mogelijk vergelijkbare (subsidie)regelingen.

Hiervoor zijn drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Welke leemten in het toezicht zijn bij de CASA-klinieken (hierna: CASA) naar voren gekomen?
2. Welke handelingsperspectieven geeft de ADR om in de leemten bij CASA die uit vraag 1 naar voren zijn gekomen te kunnen voorzien?
3. In hoeverre komen de leemten die bij CASA naar voren zijn gekomen mogelijk ook voor bij zeven specifieke regelingen?
  1. Regeling heroïnebehandeling;
  2. Regeling palliatieve terminale zorg;
  3. Regeling vaststelling beleidskader subsidiëring farmaceutische ANZ-dienstverlening;
  4. Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden;
  5. Subsidieregeling niet-invasieve prenatale test (NIPT);
  6. Subsidieregeling Publieke Gezondheid;
  7. Subsidies zorgnetwerken antibioticaresistentie, die worden verstrekt onder de Kaderregeling subsidies (dit zijn drie subsidiestromen omtrent subsidiëring van de pilots Regionaal Zorgnetwerk ABR en de Regionale Zorgnetwerken ABR).

---

<sup>1</sup> Bronnen: brief VWS aan de kamer, 27 september 2017 en Algemeen Overleg vaste commissie voor VWS, 16 november 2017

## Managementsamenvatting

### **Twee leemten in het toezicht vanuit casuïstiek CASA-klinieken**

De accountant heeft over 2015 goedkeurende verklaringen afgegeven voor de zeven vestigingen van CASA. Hierbij is het in 2016 vastgestelde accountantsprotocol gehanteerd<sup>2</sup>. DUS-I heeft de subsidies over 2015 vastgesteld. De ADR heeft een review uitgevoerd omtrent de accountantscontrole bij de locatie van CASA in Rotterdam, met als uitkomst het oordeel 'toereikend'. Bij een review wordt het onderzoek van de accountant echter niet overgedaan, waardoor bronbestanden bijvoorbeeld niet worden geraadpleegd. Na een signaal van de NZa ontvangen te hebben in januari 2017<sup>3</sup>, hebben de beleidsdirecties PG en PZo een administratief onderzoek bij CASA uitgevoerd. Uit de interne administratie van CASA bleek dat in 2015 bij meerdere patiënten zowel een consult als een behandeling in combinatie was geregistreerd wat in strijd is met de subsidieregeling.

Leemte 1: Er waren zowel consulten als daaropvolgende behandelingen in combinatie gedeclareerd wat niet conform de subsidieregeling was. Dit kon blijken uit de interne administratie van de subsidieontvanger (zonder dat inzage in medische gegevens nodig was), maar is niet door de reguliere controle afgevangen.

Het was niet mogelijk om te controleren of de soort behandeling, waar een tarief aan is gekoppeld, (p) en het aantal behandelingen (q) in de interne administratie van CASA overeenkwamen met de geregistreerde behandelingen in medische dossiers. Noch de accountant, noch de beleidsdirectie had een mogelijkheid voor inzage van medische dossiers. Dit risico was niet geïdentificeerd in de risicoanalyse zoals opgezet in 2015; er waren dan ook geen maatregelen voor getroffen.

Leemte 2: Er kunnen andere soorten en aantallen behandelingen geregistreerd zijn in de interne administratie dan daadwerkelijk uitgevoerd, waarbij de toezichthouder geen mogelijkheid heeft tot inzage in medische dossiers om dit te onderzoeken.

### **Handelingsperspectief afhankelijk van risicoafweging**

Voor de eerste geconstateerde leemte biedt het in 2016 vastgestelde accountantsprotocol al een duidelijke richtlijn voor accountants om de prestatie-eenheden (consulten en behandelingen) te onderzoeken op basis van de interne administratie van abortusklinieken. In dit geval is er vanuit de accountantscontrole niet gebleken dat er zowel consulten als behandelingen in combinatie waren gedeclareerd wat niet conform de subsidieregeling zou zijn. Met de huidige toezichtsystematiek wordt er sterk geleund op de informatie van de accountant in de vorm van een assurancerapport, waar ook fouten in kunnen optreden. Daarnaast hanteert de accountant een marge van 1% voor fouten in de verantwoording volgens het accountantsprotocol. De beleidsdirectie kan een afweging maken - op basis van het risico dat toegerekend wordt aan de subsidieregeling - of het instellen van een accountantscontrole met een bepaalde foutenmarge voldoende is. Als de beleidsdirectie besluit het risico verder te willen beperken, dan kan er bijvoorbeeld nagedacht worden over verduidelijking van de subsidieregeling, informatieverbreiding van deze casus bij accountants, nader toezicht op de accountantscontrole of risicogerichte nadere controles vanuit de beleidsdirectie (zoals het uitgevoerde administratieve onderzoek bij CASA).

Voor de tweede geconstateerde leemte kan allereerst een risicoafweging gemaakt worden. Er is nu geen inzicht in de omvang van het risico. Mocht het dan op basis van de afweging nodig zijn om het risico te beperken. Dan zou geregeld moeten worden dat VWS, of een andere partij voor VWS, inzage in medische dossiers heeft om verder

<sup>2</sup> Het in 2016 vastgestelde accountantsprotocol kon gebruikt worden, omdat werkzaamheden van de accountant in 2016 plaatsvonden voor het assurancerapport omtrent de subsidies over 2015.

<sup>3</sup> Het Openbaar Ministerie voert momenteel onderzoek uit naar onregelmatigheden bij CASA Klinieken.

te onderzoeken als er serieuze twijfels bestaan over de interne administratie van een organisatie. De volgende opties kunnen onderzocht worden:

- 1) De mogelijkheid om de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in te kunnen zetten voor de subsidieregeling abortusklinieken, door de subsidieregeling onder de stelselwetten te laten vallen of separaat de inzet van NZa te borgen.
- 2) De mogelijkheid dat het ministerie van VWS zelf de bevoegdheid kan krijgen om een onafhankelijk deskundig arts (ODA) in te schakelen om onder strikte voorwaarden inzage in medische dossiers te krijgen. Op dit moment hebben het OM, de FIOD en de inspectie SZW deze bevoegdheid. Daarom is een tweede optie om signalen van mogelijke fraude aan te leveren aan het OM, zodat zij een ODA kunnen inschakelen.
- 3) De mogelijkheid dat het ministerie van VWS bevoegdheid kan krijgen om net zoals zorgverzekeraars een materiële controle uit te voeren. In de wet is vastgelegd dat zorgverzekeraars onder strikte voorwaarden inzage in medische dossiers mogen hebben, na het doorlopen van een specifieke procedure, waarbij eerst lichtere onderzoeksmethoden moeten zijn gebruikt.

In combinatie hiermee kan er een risicogerichte analyse worden opgesteld door de beleidsdirectie en DUS-I om geregeld te bepalen of er intensiever toezicht nodig is bij specifieke abortusklinieken. Door verschillende indicatoren per gezette periode te beoordelen, kan er gericht worden beoordeeld voor welke subsidieontvangers intensiever toezicht nodig is. Een voorbeeld van een indicator zou kunnen zijn dat de percentuele wijziging van het aantal behandelingen sterk afwijkt van die van de andere subsidieontvangers.

Tot slot kan, als algemeen handelingsperspectief, FEZ de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de verschillende partijen in het toezicht binnen VWS scherper beleggen, zodat elke partij in het toezicht zich bewust is van de eigen rol in het toezicht.

### **Leemten vanuit CASA-casuïstiek mogelijk bij vijf regelingen; soms afgedekt**

Om te onderzoeken of de geconstateerde leemten vanuit de casuïstiek bij CASA ook voor kunnen komen bij zeven andere specifieke regelingen zijn de leemten algemener gedefinieerd als volgt:

**Leemte 1:** Er kunnen andere soorten of aantallen behandelingen gedeclareerd worden dan conform subsidieregeling zou mogen, wat kan blijken uit de interne administratie van de subsidieontvanger (zonder dat inzage in medische gegevens nodig is), maar niet toereikend door een controle wordt afgevangen<sup>4</sup>.

**Leemte 2:** Er kunnen andere soorten of aantallen behandelingen geregistreerd worden in de interne administratie dan daadwerkelijk uitgevoerd, waarbij de toezichthouder geen mogelijkheid heeft tot inzage in medische dossiers om dit te onderzoeken.

De beschreven leemten kunnen voorkomen bij de volgende subsidieregelingen:

**Regeling heroïnebehandeling:** De eerste leemte wordt afgedekt door middel van een controle van een accountant middels de SISA-systematiek. De werkelijke bezetting van behandelplaatsen zou verkeerd kunnen worden opgegeven. De tweede leemte is mogelijk. Het is nog onduidelijk of inzage in medische dossiers nodig is als echt vastgesteld zou moeten worden of de behandelplaatsen daadwerkelijk bezet worden en welke partij dit onderzoek zou kunnen uitvoeren.

**Regeling palliatieve terminale zorg:** De eerste leemte is in specifieke gevallen wel mogelijk. De maximale tarieven zijn in de subsidieregeling vastgelegd en verschillen per type instelling. Er zijn hospices waar zowel vrijwilligers actief zijn voor het verlenen van palliatieve terminale zorg in de thuissituatie als in de hospice. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat andere tarieven opgegeven worden dan conform de subsidieregeling zou mogen. Er wordt bewust geen externe controle (assurancerapport) gevraagd, om administratieve lasten te beperken. Wel wordt door

---

<sup>4</sup> Als de leemte wordt afgedekt door een accountantscontrole, dan wordt dit steeds beschreven in de volgende teksten. In lijn met het handelingsperspectief is het aan de beleidsdirectie om te bepalen of dit voldoende is als beheersmaatregel.

DUS-I een cijfermatige vergelijking uitgevoerd op de cliëntenaantallen van de afgelopen jaren per hospice.

*Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden:* De tweede leemte is mogelijk. Bij spoedeisende zorg hoeven geen gegevens verstrekt te worden over de patiënt door het ziekenhuis als daarvoor geen toestemming is van de patiënt. Dit is een bewuste keuze om spoedeisende zorg voor onverzekerden te kunnen vergoeden. Wel ontstaat hierdoor de mogelijkheid dat een ziekenhuis duurdere behandelingen opvoert. In de risicoanalyse van deze regeling is dit risico als laag ingeschat.

*Subsidieregeling niet-invasieve prenatale test (NIPT):* De eerste leemte wordt afgedekt door een accountantscontrole. Het subsidiebedrag wordt vastgesteld op basis van de werkelijke kosten van het uitvoeren van de NIPT met aftrek van de eigen betaling van de zwangere vrouw. Hierbij zou een ziekenhuis een onterecht hoog aantal NIPT's kunnen declareren. Om dit af te vangen wordt er een assurancerapport gevraagd van een externe accountant om de subsidie vast te stellen.

*Subsidieregeling Publieke Gezondheid:* De eerste leemte bij bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, borstkanker en darmkanker en het Nationaal Programma Grieppreventie wordt afgedekt doordat een assurancerapport van een accountant aangeleverd dient te worden. De tweede leemte is mogelijk bij het Nationaal Programma Grieppreventie. Het daadwerkelijke aantal gezette grieprikken door de huisarts is niet te controleren, zonder inzage in het medisch dossier. Bij de subsidie voor Seksuele Gezondheid geldt dat de GGD de soa-test niet vastlegt in het medisch dossier en dat controle op die manier dus geen optie is. Dit is een geaccepteerd risico door VWS om SOA-testen met anonimiteit te kunnen aanbieden.

# 1 Twee leemten in het toezicht vanuit casuïstiek CASA-klinieken

## 1.1 Inleiding

Onderzoeksvraag 1: Welke leemten in het toezicht zijn bij de CASA-klinieken (hierna: CASA) naar voren gekomen?

Hierbij wordt in kaart gebracht:

- Wat er is bij CASA feitelijk aan de hand geweest?
- Hoe is het toezicht bij de subsidieregeling abortusklinieken ingericht?
- Hoe is het toezicht bij CASA feitelijk uitgevoerd?

De volgende leemten zijn naar voren gekomen:

Leemte 1: Er waren zowel consulten als daaropvolgende behandelingen in combinatie gedeclareerd wat niet conform de subsidieregeling was. Dit kon blijken uit de interne administratie van de subsidieontvanger (zonder dat inzage in medische gegevens nodig was), maar is niet door de reguliere controle afgevangen.

Leemte 2: Er kunnen andere soorten en aantallen behandelingen geregistreerd zijn in de interne administratie dan daadwerkelijk uitgevoerd, waarbij de toezichthouder geen mogelijkheid heeft tot inzage in medische dossiers om dit te onderzoeken.

## 1.2 Wat is er bij CASA feitelijk aan de hand geweest?

In december 2016 heeft een nieuw aangetreden bestuurder bij CASA de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ingelicht over zijn vermoedens van (financiële) onregelmatigheden bij de subsidieverstrekking aan CASA over 2015. De NZa heeft vervolgens VWS ingelicht. De NZa is overigens geen toezichthouder voor de regeling abortusklinieken, maar was betrokken bij CASA vanwege andere medische diensten van CASA die wel onder de Zorgverzekeringswet vallen.

De directie Publieke Gezondheid (PG) is de verantwoordelijke beleidsdirectie voor de subsidieregeling abortusklinieken. Als accounthouder voor het toezicht van de NZa was beleidsdirectie Patiënt en Zorgordening (hierna: PZo) betrokken. Beleidsdirectie PZo heeft een administratief onderzoek uitgevoerd naar uitgekeerde subsidiebedragen bij de CASA-klinieken van 1 januari 2015 tot 14 februari 2017. Een beleidsmedewerker van directie PZo heeft dit onderzoek uitgevoerd op basis van interviews, procedurebeschrijvingen en de interne administratie van CASA. Voor dit onderzoek heeft de beleidsmedewerker geen toegang tot medische gegevens hoeven te gebruiken.

Uit dit administratieve onderzoek heeft de beleidsmedewerker geconstateerd dat in 2015 bij 5.281 hulpvragen zowel consulten als behandelingen zijn geregistreerd<sup>5</sup>. Het registreren van een consult waarop een behandeling volgt, is in strijd met artikel 4 van de subsidieregeling abortusklinieken, waarin staat dat een consult enkel gedeclareerd mag worden als "de zwangerschapsafbreking is gestaakt." Kortom, een consult mag alleen gedeclareerd worden als er geen verdere behandeling volgt. Het subsidiebedrag voor de behandeling is namelijk inclusief het consult. Het totaalbedrag over 2015 heeft VWS teruggevorderd van de CASA-klinieken.

Beleidsmedewerkers van de directies PZo en PG stellen dat het mogelijk is dat de interne administratie zelf niet op orde was met betrekking tot de soorten en aantallen geregistreerde behandelingen. Dit kan niet achterhaald worden zonder toegang tot patiëntendossiers. Hiermee zouden de registraties in de interne administratie van

<sup>5</sup> In par 1.4 staat beschreven waarom deze controle niet voor 2016 en 2017 is uitgevoerd.



CASA-klinieken vergeleken kunnen worden met de registraties in de medische dossiers van patiënten<sup>6</sup>. VWS heeft geen bevoegdheid om dit uit te voeren. Zonder toegang tot medische gegevens kan niet worden gecontroleerd of de geregistreerde soort behandeling, welke gekoppeld is aan een tarief (p), daadwerkelijk is uitgevoerd. Daardoor bestaat het risico dat een behandeling met een hoger subsidietarief wordt geadministreerd, dan de behandeling die daadwerkelijk is uitgevoerd. Ook het aantal consulten en behandelingen (q) kan volgens de beleidsmedewerkers niet zonder toegang tot medische dossiers worden gecontroleerd, omdat niet kan worden gecontroleerd dat de behandelingen bij patiënten daadwerkelijk hebben plaatsgevonden. Er bestaat dus het risico dat fictieve behandelingen worden geadministreerd.

### 1.3

#### **Hoe is het toezicht bij de subsidieregeling abortusklinieken ingericht?**

Er zijn verschillende partijen in het toezicht met een eigen rol en verantwoordelijkheid in het proces van beheersing van de risico's in het subsidiebeheer. Hieronder worden die verschillende partijen beschreven, op basis van het document Normatiek Subsidiebeheer VWS, de subsidieregeling abortusklinieken en interviews met betrokkenen.

De **subsidieontvanger** moet op grond van de subsidieregeling abortusklinieken aan een namens of door de minister ingesteld onderzoek meewerken, onder andere door het verschaffen van inlichtingen en gegevens die van belang zijn voor het nemen van een besluit over het verstrekken van de subsidie. De subsidieontvanger moet voldoen aan de afspraken die in het besluit en de subsidiebeschikking zijn opgenomen.

Als de aanvraag tot vaststelling van een subsidie € 125.000 of meer bedraagt, dient de aanvraag vergezeld te gaan van een assurancerapport en een rapport van feitelijke bevindingen van een **externe accountant**, onder meer ook bij de subsidieregeling abortusklinieken. De externe accountant hanteert hierbij een specifiek voor de subsidieregeling abortusklinieken vastgesteld accountantsprotocol. Dit protocol is door de werkgroep Controleprotocollen (COPRO) van de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) goedgekeurd. Beleidsmedewerkers van PG en PZO geven aan dat alle subsidiebedragen in het kader van de subsidieregeling abortusklinieken boven de €125.000 liggen en dat assurancerapporten daarom altijd opgeleverd dienen te worden voor de vaststelling.

De **beleidsdirectie** (eerstelijns toezicht) is verantwoordelijk voor het algehele subsidieproces en het aangaan van subsidiërelaties. Voor de subsidieregeling abortusklinieken ligt die verantwoordelijkheid bij de beleidsdirectie PG. Deze directie bepaalt of de aangevraagde subsidie past binnen het beleid en heeft het voortouw bij een aantal stappen in het subsidieproces, zoals het opstellen van de risicoanalyse en de fraudetoets.

**Dienst Uitvoering Subsidies aan Instellingen** (DUS-I; eerstelijns toezicht) is primair verantwoordelijk voor de uitvoering en administratie van subsidies. DUS-I heeft het voortouw bij een aantal stappen in het subsidieproces, zoals het ontvangen en beoordelen van verantwoordingsstukken van de subsidieontvanger. Daarnaast kan DUS-I een korting opleggen als verantwoordingsdocumenten niet tijdig worden opgeleverd door de subsidieontvanger. Als er geen goedkeurende accountantsverklaring is, maar oordeelsonthouding of een oordeel met beperking, dan vindt overleg met de beleidsdirectie plaats over een mogelijke korting.

**Financieel-Economische Zaken** (FEZ; tweedelijns toezicht) houdt als concerncontroller toezicht op de werking van het subsidieproces en is ook bewaker van de totale normatiek voor het subsidiebeheer. Hiervoor is het document 'Normatiek Subsidiebeheer VWS' opgesteld. In deze normatiek worden generiek de rollen van de verschillende partijen beschreven, maar is beperkte aandacht voor de specifieke verantwoordelijkheden van de betrokken partijen. Er wordt bijvoorbeeld niet beschreven welke partijen behoren te besluiten tot een interventie. Op basis van de

<sup>6</sup> Overigens zou ook in het medische dossier een foutieve registratie kunnen plaatsvinden door de behandelend arts. Dit zou door de hulpverlener een overtreding zijn van BW7, art. 454 om uitgevoerde verrichtingen te registreren in een dossier. Desalniettemin kan volledige zekerheid over de uitvoering van een behandeling en de geregistreerde tariefstelling alleen verzekerd worden door plaatselijke waarneming.

normatiek beoordeelt FEZ periodiek hoe het subsidiebeheer ervoor staat. Elk kwartaal stelt FEZ een voortgangsrapportage subsidiebeheer op en rapporteert over de werking van de normatiek aan de Bestuursraad Bedrijfsvoering.

**Kwaliteit, Procesbeheersing en Advies** (KPA; tweedelijns toezicht) is een afdeling binnen VWS die op verzoek van FEZ middels interne kwaliteitsmeting rapporteert over bevindingen in het subsidiebeheer en eventuele verbeteracties.

**Auditdienst Rijk** (ADR; derdelijns toezicht) voert per jaar ongeveer 10 reviews uit op accountantsverklaringen bij subsidievaststellingen. Deze worden door de ADR zelf gekozen. In overleg met VWS kan een specifieke review worden uitgevoerd.

**Expertise Centrum Subsidies** (ECS) is een adviesorgaan en bestaat uit DUS-I (voorzitter), FEZ, ADR en WJZ. Elke nieuwe of vernieuwde subsidieregeling en bijbehorende risicoanalyse dient door de beleidsdirectie voorgelegd te worden in het ECS. De beleidsdirectie dient de regeling te paraferen. Na goedkeuring in het ECS, wordt de subsidieregeling getekend door voorzitter DUS-I. Pas na deze twee parafen wordt de regeling voorgelegd aan de minister ter ondertekening.

**I-ECS** is de interdepartementale variant van het ECS, gezamenlijk met OCW.

In de subsidieregeling abortusklinieken zijn specifieke voorwaarden opgenomen voor het verlenen van de subsidie. Met betrekking tot dit onderzoek zijn de volgende punten daarbij noemenswaardig<sup>7</sup>:

- Artikel 1, lid c: zwangerschapsafbreking: behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, met inbegrip van de daaraan verbonden consulten en nazorg.
- Artikel 4: Een consult mag alleen gedeclareerd worden als de zwangerschapsafbreking is gestaakt. Er zijn diverse tarieven voor verschillende zwangerschapsafbrekingen naar gelang de stadia van de zwangerschap en de zwaarte van de behandeling.
- Artikel 6: Een aanvraag tot verlening van subsidie door een abortusinstelling gaat vergezeld van een activiteitenplan en een overzicht van het aantal te verrichten consulten en behandelingen waarvoor de subsidie wordt aangevraagd.
- Artikel 9e en f: De minister bepaalt bij het besluit tot verlening van subsidie op welke wijze de subsidieontvanger kan aantonen dat consulten en behandelingen zijn verricht en dat voldaan is aan de verplichtingen die verbonden zijn aan de verleende subsidie.
- Artikel 14: De subsidieontvanger houdt zodanig een registratie bij dat het aantal verrichte consulten en behandelingen kan worden nagegaan en de administratie is overzichtelijk, controleerbaar en op doelmatige wijze ingericht.
- Artikel 17: De subsidieontvanger werkt mee door het verschaffen van de benodigde inlichtingen, gegevens en bescheiden aan een door of namens de minister ingesteld onderzoek om inlichtingen te verschaffen voor het besluit om de subsidie te verstrekken of voor de ontwikkeling van beleid.
- Artikel 21, lid 3: Een aanvraag tot vaststelling van de subsidie dient vergezeld te gaan van een activiteitenverslag en een overzicht van het aantal uitgevoerde consulten en behandelingen, waarbij de vergelijking wordt gemaakt met de voorgenomen activiteiten en de verschillen worden toegelicht.
- Artikel 21, lid 4: Indien de aanvraag tot vaststellen een subsidie van €125.000 of meer bedraagt, dan dienen een assurancerapport en een rapport van feitelijke bevindingen, beide opgesteld door een accountant, volgens een door de minister vastgesteld protocol aangeleverd te worden.

#### 1.4 Hoe is het toezicht bij CASA feitelijk uitgevoerd?

Beleidsdirectie PG, die verantwoordelijk is voor de subsidieregeling abortusklinieken, heeft bij overdracht van de regeling van het Zorginstituut Nederland naar VWS begin

<sup>7</sup> Zie voor de volledige subsidieregeling d.d. 2018, inclusief definities: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035433/2018-01-01>.

2015 een risicoanalyse opgesteld en die afgestemd met het ECS, conform de procedure binnen VWS.

Alle subsidieaanvragen van de zeven CASA-klinieken in 2015 betroffen een bedrag boven €125.000. Dit betekent volgens de vereisten in de subsidieregeling abortusklinieken dat de verschillende klinieken van CASA aan DUS-I een assurancerapport en een rapport van feitelijke bevindingen moesten aanleveren bij vaststelling van de subsidie. Dit is ook gebeurd.

De externe accountant heeft de controle uitgevoerd op basis van het controleprotocol behorend bij de subsidieregeling abortusklinieken. Dit protocol is vastgesteld door de Werkgroep Controleprotocollen van de Nederlandse Koninklijke Beroepsorganisatie Accountants (NBA) in 2016. Het accountantsprotocol, vastgesteld in 2016, kon gebruikt worden, omdat werkzaamheden van de accountant ook in 2016 plaatsvonden voor het assurancerapport omtrent de subsidies over 2015. In het protocol wordt specifiek genoemd in hoofdstuk 1: "Voor subsidies als bedoeld in artikel 4 onder a t/m i (een bedrag per prestatie-eenheid) gaat het om assurance bij de verantwoording over de gerealiseerde prestatie-eenheden." Dit betekent dat de accountant de realisatie van de prestatie-eenheden dient te onderzoeken en daarvoor het overzicht van het aantal consulten en behandelingen moet gebruiken die zijn verricht in het jaar waarop de subsidie betrekking heeft. Op basis van de controle heeft de externe accountant voor elk van de zeven CASA-klinieken een goedkeurende verklaring afgegeven. Hierbij is het belangrijk om te vermelden dat afwijkingen binnen de materialiteitsgrenzen niet leiden tot een wijziging van het oordeel. Volgens het accountantsprotocol is er voor het afgeven van een goedkeurende verklaring een grens van 1% voor fouten in de verantwoording en een grens van 3% voor onzekerheden in het onderzoek.

DUS-I heeft voor alle zeven CASA-klinieken de subsidies over 2015 vastgesteld.

De ADR heeft een review uitgevoerd naar de accountantscontrole van de CASA-kliniek te Rotterdam over 2015. Bij een review wordt allereerst de controleaanpak van de accountant beoordeeld. Of deze goed van opzet is, risico's zijn onderkend en het controleprotocol is verwerkt. Vervolgens wordt gekeken of de accountant zijn opgestelde controleaanpak ook overeenkomstig heeft uitgevoerd. De controle van de accountant wordt niet overgedaan. De review wordt uitgevoerd op basis van een collegiaal gesprek en dossieronderzoek. Aangezien de controle niet wordt overgedaan, wordt er niet gekeken in de administratie van de klant of naar bronbestanden van de controle. De review is in dit geval conform een voorgeschreven werkprogramma van de ADR uitgevoerd en er is geconcludeerd dat de deugdelijke grondslag toereikend was om tot het assurancerapport te komen. Het assurancerapport zelf werd ook toereikend bevonden.

Zoals beschreven in paragraaf 1.2 heeft de NZa een signaal afgegeven aan VWS over mogelijke onrechtmatigheden bij CASA in 2017. Uit interviews met betrokkenen bleek dat er geen eenduidig beeld was wie nu daadwerkelijk verantwoordelijk was om dit signaal op te pakken. Na het informeren bij andere partijen in het toezicht zijn de beleidsdirecties PG en PZo een administratief onderzoek gestart. Uit dit onderzoek van de interne administratie van CASA-klinieken bleek (zonder toegang te hebben gehad tot medische dossiers) dat er in 2015 bij 5.281 hulpvragen zowel een consult als een behandeling was geregistreerd. Het totaalbedrag is teruggevorderd door het ministerie van VWS.

De eerste leemte in het toezicht betreft dan:

Leemte 1: Er waren zowel consulten als daaropvolgende behandelingen in combinatie gedeclareerd wat niet conform de subsidieregeling was. Dit kon blijken uit de interne

administratie van de subsidieontvanger (zonder dat inzage in medische gegevens nodig was), maar is niet door de reguliere controle afgevangen.

Over 2016 heeft de beleidsdirectie geen nader onderzoek uitgevoerd bij CASA-klinieken, omdat de opgegeven gerealiseerde consulten fors lager lagen dan de van tevoren aangevraagde consulten. Dit duidde er volgens de beleidsdirectie op dat er geen consulten tezamen met behandelingen in rekening werden gebracht. Over 2017 is de aanvraag voor subsidievaststelling nog niet binnengekomen.

Tijdens dit onderzoek was er de behoefte om diepgaander te controleren of de soorten en aantallen behandelingen overeenkwamen met de daadwerkelijk uitgevoerde behandelingen en dit te verifiëren met behulp van gegevens in medische dossiers. De beleidsdirectie heeft echter geen toegang tot medische dossiers om deze controle uit te voeren.

Door verschillende geïnterviewden wordt aangegeven dat de accountant ook geen toegang heeft tot medische dossiers en dus niet tot deze diepte kan controleren of de geregistreerde behandelingen overeenkomen met de uitgevoerde behandelingen en tarieven.

Het feit dat de accountant en de beleidsdirectie zelf, als belangrijkste partijen in het proces van toezicht, geen toegang hebben tot medische dossiers, is niet als risico opgenomen in de risicoanalyse die opgesteld is in 2015.

De tweede leemte in het toezicht betreft dan:

Leemte 2: Er kunnen andere soorten en aantallen behandelingen geregistreerd zijn in de interne administratie dan daadwerkelijk uitgevoerd, waarbij de toezichthouder geen mogelijkheid heeft tot inzage in medische dossiers om dit te onderzoeken.

Beleidsdirectie PG is naar aanleiding van de casuïstiek van CASA bezig met een grondige risicoanalyse en zal met een nieuwe subsidieregeling abortusklinieken komen per 2020. Ook zijn er diverse onderzoeken in gang gezet, zoals een kostprijsonderzoek onder de verschillende abortusklinieken. Het Openbaar Ministerie doet momenteel onderzoek naar onregelmatigheden bij CASA Klinieken.

## 2 Handelingsperspectief afhankelijk van risicoafweging

### 2.1 Inleiding

Onderzoeksvraag 2: Welke handelingsperspectieven geeft de ADR om in de leemten bij CASA die uit vraag 1 naar voren zijn gekomen te kunnen voorzien?

De handelingsperspectieven baseren wij op de bevindingen uit onderzoeksvraag 1 en vanuit bestaande toezichtvisies en –kaders, zoals afgestemd met de opdrachtgever en opgenomen bij de verantwoording van dit onderzoek. Vooral het document “Minder last, meer effect. Zes principes van goed toezicht” van het Ministerie van BZK (2005) is gebruikt voor het handelingsperspectief. Hierin wordt toezicht als volgt gedefinieerd: *“het verzamelen van de informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren”*. De zes principes van goed toezicht zijn: Selectief, Slagvaardig, Samenwerkend, Onafhankelijk, Transparant en Professioneel.

### 2.2 Wat is het handelingsperspectief bij de eerder geconstateerde leemten?

Voor de eerste leemte, waarbij zowel consulten als daaropvolgende behandelingen in combinatie gedeclareerd werden wat niet conform de subsidieregeling was, is de opzet van het toezicht al stevig neergezet. De accountant heeft assurancerapporten opgeleverd. Hierbij is een accountantsprotocol gevolgd, waarin duidelijk staat dat de prestatie-eenheden gecontroleerd dienen te worden. De ADR heeft over de accountantscontrole voor de locatie te Rotterdam in dit geval nog een review uitgevoerd. Uit de accountantscontrole is niet gebleken dat er onterecht zowel consulten als behandelingen waren gedeclareerd. Met de huidige toezichtssystematiek wordt er sterk geleund op de informatie vanuit de accountantscontrole, waarbij ook fouten gemaakt kunnen worden. Daarnaast hanteert de accountant met de controle een marge van 1% voor fouten in de verantwoording. De beleidsdirectie kan daarom een risicoafweging te maken of de huidige toezichtssystematiek voldoende is. Mocht besloten worden het risico verder te gaan beperken, dan zijn er de volgende handelingsperspectieven:

- 1) In de subsidieregeling abortusklinieken zijn de verschillende tarieven beschreven in artikel 4. Hierbij wordt als volgt beschreven dat het niet mogelijk is om een consult te registreren als er een behandeling volgt: “[bedrag] per consult waarna de zwangerschapsafbreking is gestaakt”. Deze beschrijving is feitelijk geheel correct. Dit zou echter nog duidelijker benadrukt kunnen worden in lijn met ‘transparant toezicht’.
- 2) De beleidsdirectie kan, in lijn met ‘selectief toezicht’ risicogericht administratieve onderzoeken uitvoeren, of uit laten voeren, ter aanvulling op de assurancerapporten. Bij het onderzoek naar registratie van consulten en behandelingen bij CASA bleek dit mogelijk.
- 3) De informatie vanuit de casuïstiek bij CASA kan verspreid worden onder accountants om bij hen aandacht te vragen voor dit onderwerp in lijn met ‘professioneel toezicht’. Dit is in 2018 al gedaan door beleidsdirectie PG door brieven te versturen met daarin een toelichting op de subsidieregeling.

Voor de tweede leemte, waarbij er andere soorten en aantallen behandelingen geregistreerd kunnen zijn in de interne administratie dan daadwerkelijk uitgevoerd, maar dit niet onderzocht kon worden door gebrek aan toegang tot medische dossiers, zien wij de volgende handelingsperspectieven:

- 1) Breng, in lijn met 'selectief toezicht', in kaart hoe groot de kans en de (financiële) impact is dat het risico zich voordoet dat inzage in medische dossiers nodig is om de administratie van abortusklinieken te controleren. Overweeg op basis van deze risico-inschatting of het nodig is om het risico te beperken.
- 2) Mocht worden besloten om het risico te beperken door een oplossing te zoeken voor het huidige gebrek aan toegang tot medische dossiers, dan zijn de volgende opties tijdens het onderzoek naar voren gekomen. Hierbij is wel belangrijk dat het principe van 'onafhankelijk toezicht' (gewenste functiescheiding) in ogenschouw wordt genomen:
  - a. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa): De NZa houdt voor regelingen die vallen onder de vier stelselwetten toezicht op rechtmatigheid (incl. financiën). Onder strikte voorwaarden heeft de NZa wel toegang tot medische dossiers. De subsidieregeling abortusklinieken valt niet onder de vier stelselwetten. Ten eerste kan daarom worden overwogen wat de mogelijkheden zijn om de subsidieregeling abortusklinieken wel onder de vier stelselwetten te laten vallen, zodat het toezicht van de NZa geborgd is. Ten tweede kan ook overwogen worden of er mogelijkheden zijn om het toezicht van de NZa te borgen, zonder dat de subsidieregeling abortusklinieken onder de vier stelselwetten komt te vallen.
  - b. Onafhankelijk deskundige arts (ODA): In 2016 is het convenant inzake onafhankelijk deskundige arts bij signalen en verdenkingen van fraude in de zorg tot stand gekomen. Hierin is bepaald dat er een pool ODA's komt die in onder strikte voorwaarden in opdracht van het OM, de FIOD of de inspectie SZW inzage in medische persoonsgegevens krijgen. Het is een optie om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn om vanuit het ministerie van VWS de bevoegdheid te verkrijgen om ODA's in te zetten als er fraudesignalen zijn ontvangen. Daarnaast kan VWS nu al bij signalen van fraude het dossier overdragen aan het OM die het traject van een ODA in gang kunnen zetten en daarbij wel medische dossiers kunnen betrekken in de controle.
  - c. Materiële controle van verzekeraar: In het Protocol Materiële Controle van Zorgverzekeraars Nederland (waar alle tien zorgverzekeraars van Nederland in samenkomen) zijn de rechten van zorgverzekeraars en de procedure uiteengezet om te komen tot een materiële controle waarbij inzage van medische dossiers mogelijk is. Hiervoor dienen eerst verschillende andere (lichtere) stappen genomen te worden. Inzage van medische dossiers is verder ook aan strikte voorwaarden gebonden. Er kan worden onderzocht of het ministerie van VWS dergelijke bevoegdheden zou kunnen krijgen (inclusief procedures en strikte voorwaarden) om nader onderzoek te doen met behulp van medische gegevens als andere, lichtere opties van controle gebruikt zijn.
- 3) Stel, wederom in lijn met 'selectief toezicht', een risicogerichte analyse op voor de subsidieontvangers. Door verschillende indicatoren per gezette periode te beoordelen, kan er gericht worden beoordeeld voor welke subsidieontvangers intensiever toezicht nodig is. Een voorbeeld van een indicator zou kunnen zijn dat de percentuele wijziging van het aantal behandelingen sterk varieert van die van de andere subsidieontvangers.

Tot slot het volgende algemene handelingsperspectief:

Uit interviews bleek dat er geen eenduidig beeld was wie welke taak, bevoegdheid en verantwoordelijkheid heeft in het volledige proces van toezicht. FEZ kan de taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden van partijen in het toezicht scherper beleggen. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door hier meer aandacht aan te besteden in

het ECS of door het document 'Normatiek Subsidiebeheer VWS' aan te scherpen en te verspreiden.

## 3 Leemten vanuit CASA-casuïstiek bij vijf regelingen mogelijk; soms afgedekt

### 3.1 Inleiding

Onderzoeksvraag 3: In hoeverre komen de leemten die bij CASA naar voren zijn gekomen uit vraag 1 mogelijk ook voor bij zeven specifieke regelingen?

Vanuit de gedachte/veronderstelling dat deze regelingen een 'medisch component' bevatten heeft de opdrachtgever vooraf de volgende regelingen geselecteerd:

1. Regeling heroïnebehandeling;
2. Regeling palliatieve terminale zorg;
3. Regeling vaststelling beleidskader subsidiëring farmaceutische ANZ dienstverlening;
4. Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden;
5. Subsidieregeling niet-invasieve prenatale test (NIPT);
6. Subsidieregeling Publieke Gezondheid;
7. Subsidies zorgnetwerken antibioticaresistentie die worden verstrekt onder de Kaderregeling subsidies (drie subsidiestromen omtrent subsidiëring van de pilots Regionaal Zorgnetwerk ABR en de Regionale Zorgnetwerken ABR).

De leemten in hoofdstuk 1 zijn specifiek voor CASA. Om te onderzoeken of dergelijke leemten ook bij de zeven andere specifieke subsidieregelingen voorkomen worden ze als volgt gedefinieerd:

Leemte 1: Er kunnen andere soorten of aantallen behandelingen gedeclareerd worden dan conform subsidieregeling zou mogen, wat kan blijken uit de interne administratie van de subsidieontvanger (zonder dat inzage in medische gegevens nodig is), maar niet toereikend door een controle wordt afgevangen<sup>8</sup>.

Leemte 2: Er kunnen andere soorten of aantallen behandelingen geregistreerd worden in de interne administratie dan daadwerkelijk uitgevoerd, waarbij de toezichthouder geen mogelijkheid heeft tot inzage in medische dossiers om dit te onderzoeken.

Onderstaande bevindingen zijn in sterke mate gebaseerd op de subsidieregelingen en interviews met de betrokken beleidsmedewerkers. Er is geen nader onderzoek uitgevoerd bij partijen buiten VWS.

### 3.2 In hoeverre zijn leemten vanuit CASA-casuïstiek mogelijk bij zeven andere regelingen?

1. Regeling heroïnebehandeling (hierna: heroïnebehandeling);  
Het college van burgemeester en wethouders van gemeenten neemt de werkelijke kosten van het exploiteren van de behandel eenheid en de feitelijke bezetting van de behandelplaatsen in de behandel eenheid op in de bijlage van de jaarrekening. Dit gaat volgens de SISA-systematiek (Single information, Single Audit).

De eerste leemte is afgedekt door een controle van de accountant. De tariefhoogte is openbaar vastgesteld en afhankelijk van het aantal behandelplaatsen. Daarbij zouden onterecht teveel bezette behandelplaatsen gedeclareerd kunnen worden, dit wordt gecontroleerd door de accountant middels de SISA-systematiek.

<sup>8</sup> Als de leemte wordt afgedekt door een accountantscontrole, dan wordt dit steeds beschreven in de volgende teksten. In lijn met het handelingsperspectief is het aan de beleidsdirectie om te bepalen of dit voldoende is als beheersmaatregel.



De tweede leemte is mogelijk. Het is nog onduidelijk of inzage in medische dossiers nodig is als echt vastgesteld zou moeten worden of de behandelplaatsen daadwerkelijk bezet worden en welke partij dit onderzoek zou kunnen uitvoeren

#### 2. Regeling palliatieve terminale zorg (hierna: palliatieve zorg);

Het eerste deel van deze subsidieregeling betreft subsidies aan hospices om palliatieve zorg te leveren. In de subsidieregeling is opgenomen dat een assurancerapport kan worden opgevraagd bij subsidiebedragen boven de €125.000. Voor enkele hospices geldt dit, niet voor de overige hospices, maar in de praktijk wordt geen assurancerapport opgevraagd om administratieve lasten te beperken. Er is afgesproken dat verlenen, tegelijkertijd vaststellen is.

De eerste leemte is in specifieke gevallen wel mogelijk. De maximale tarieven zijn in de subsidieregeling vastgelegd en verschillen per type instelling. Er zijn hospices waar zowel vrijwilligers actief zijn voor het verlenen van palliatieve zorg in de thuissituatie als in de hospice. Hierdoor bestaat de mogelijkheid dat onrechtmatige tarieven opgegeven worden. Door DUS-I wordt een cijfermatige vergelijking uitgevoerd op de cliëntenaantallen van de afgelopen jaren per hospice.

De tweede leemte is niet mogelijk. In de subsidieregeling is opgenomen dat hospices een zodanig ingerichte administratie dienen te voeren, dat daaruit te allen tijde het aantal personen waaraan palliatieve zorg is verleend kan worden nagegaan. In de praktijk betekent dit dat er in ieder geval een overzicht van cliënten dient te zijn. Bij twijfels kan dit overzicht gecontroleerd worden bij de betrokken thuiszorgorganisaties en huisartsen. De subsidie wordt namelijk uitgekeerd op basis van de hoeveelheid cliënten en is niet afhankelijk van de duur van het verblijf of medische behandelingen.

Het tweede deel van deze subsidieregeling betreft een subsidie voor netwerkcoördinatoren die netwerken stimuleren om organisaties met elkaar af te laten stemmen omtrent palliatieve zorg. De eerste leemte is hierbij niet mogelijk. De netwerkcoördinator is in dienst van een thuiszorgorganisatie, welke een vergoeding ontvangt op basis van inwonersaantallen van de desbetreffende regio. De tweede leemte is hier ook niet mogelijk, omdat er geen medische dossiers nodig zijn om te controleren of de netwerkcoördinator daadwerkelijk heeft gewerkt.

#### 3. Regeling vaststelling beleidskader subsidiëring farmaceutische ANZ dienstverlening (hierna: ANZ; dit staat voor Avond, Nacht en Zondag);

Bij deze subsidieregeling wordt een accountantsrapport gevraagd bij subsidiebedragen boven de €125.000.

De eerste leemte is niet mogelijk, omdat er geen verschillende tarieven- en behandelingsstructuur wordt gehanteerd en er achteraf wordt vastgesteld op basis van werkelijke kosten. Wel geldt de subsidieregeling alleen voor apotheken met een terhandstellingstarief boven de €45. De berekening van deze terhandstellingstarieven wordt echter gecontroleerd door zorgverzekeraars.

Ook de tweede leemte is niet mogelijk. De subsidie wordt namelijk vastgesteld op basis van werkelijke kosten en niet op basis van het aantal werkelijke terhandstellingen. De beleidsdirectie voert wel een controle uit met behulp van de medische systemen Vektis en Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) of de ontvangsten van de apotheek daarop aansluiten.

#### 4. Subsidieregeling medisch noodzakelijke zorg aan onverzekerden (hierna: onverzekerden);

Deze regeling wordt uitgevoerd door het Centraal Administratie Kantoor (CAK) in plaats van DUS-I, zoals bij de andere regelingen onderzocht bij dit onderzoek. Voor deze regeling wordt geen assurancerapport gevraagd van een accountant bij

subsidiebedragen boven de €125.000, maar deze subsidiebedragen komen ook niet voor.

De eerste leemte is niet mogelijk. Het betreft namelijk daadwerkelijke behandelkosten van de onverzekerde. Waarbij de CAK niet uitkeert als er te weinig gegevens worden opgegeven over de onverzekerde en/of de behandeling. Wel hoeft de subsidieaanvrager minder gegevens van de onverzekerde op te geven als het spoedeisende zorg betreft, wat vaststelling vergemakkelijkt. De aanvraag wordt beoordeeld door het CAK, waarbij zij ook naar de Diagnose Behandel Combinatie (DBC) kijken om te zien of het om spoedeisende hulp gaat, daar zijn specifieke DBC's voor. Bij de fraudeanalyse en de fraudematrix is geconcludeerd dat er een zekere mate van samenwerking nodig is tussen behandelend arts en de administratie om bewust DBC's aan te passen, daarom is dit risico als laag ingeschat.

De tweede leemte is wel mogelijk. Normaliter gebruikt het CAK een specifieke controlemethodiek bij niet-spoedeisende zorg, waarvoor geen inzage in medische dossiers wordt gebruikt. Alleen bij ernstige vermoedens kan er aanleiding zijn om dossiers in te zien. Gelet op de privacyaspecten mag dit alleen door artsen in dienst van het CAK. Voor spoedeisende zorg hoeven echter geen gegevens verstrekt te worden over de patiënt door het ziekenhuis als daarvoor geen toestemming is van de patiënt. Dit is een bewuste keuze om spoedeisende zorg voor onverzekerden te kunnen vergoeden. Wel ontstaat hierdoor de mogelijkheid dat een ziekenhuis duurdere behandelingen opvoert. In de risicoanalyse van deze regeling is dit risico als laag ingeschat.

#### 5. Subsidieregeling niet-invasieve prenatale test (hierna: NIPT);

Bij deze subsidieregeling wordt er een assurancerapport over de opgave van het aantal in het subsidiejaar verrichte NIPT's gevraagd voor vaststelling van de subsidie, volgens een specifiek door de werkgroep Controleprotocollen van de NBA vastgestelde accountantsprotocol.

De eerste leemte is afgedekt doordat er een assurancerapport gevraagd wordt van een externe accountant. Het subsidiebedrag wordt vastgesteld op basis van de werkelijke kosten van het uitvoeren van de NIPT met aftrek van de eigen betaling van de zwangere vrouw. Hierbij zou een ziekenhuis NIPT's kunnen declareren die niet uitgevoerd zijn, maar wat te zien is in de interne administratie. Om dit af te vangen wordt er een assurancerapport gevraagd bij vaststelling van de subsidie. Daarnaast zou een ziekenhuis onterecht hogere werkelijke kosten kunnen opgeven, om dit af te vangen voert de beleidsdirectie echter ieder jaar van tevoren een financiële toets uit op de begroting.

De tweede leemte is niet mogelijk. In het accountantsprotocol zijn verscheidene acties opgenomen die de accountant uit dient te voeren om te controleren of het aantal uitgevoerde NIPT's daadwerkelijk heeft plaats gevonden. Zo is het aantal NIPT's gekoppeld aan registratie in het administratiesysteem Peridos en gekoppeld aan de financiële administratie van de eigen betalingen vanuit de zwangere vrouwen. Hierdoor is toegang tot medische dossiers niet nodig.

#### 6. Subsidieregeling Publieke Gezondheid (hierna: publieke gezondheid);

De subsidieregeling Publieke Gezondheid betreft instellingssubsidies voor bevolkingsonderzoeken (baarmoederhals-, borst- en darmkanker), Nationaal Programma Grieppreventie en Seksuele Gezondheid. Er is een accountantsprotocol voor de regeling Publieke Gezondheid, deze heeft betrekking op alle bovengenoemde onderdelen, behalve het onderdeel Seksuele Gezondheid.

De eerste leemte is bij subsidies voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhals-, borst- en darmkanker afgedekt doordat een assurancerapport van een accountant aangeleverd dient te worden. Ook dient er een assurancerapport aangeleverd te worden bij de subsidie voor het Nationaal Programma Grieppreventie (hier wordt een

enkel vast tarief gehanteerd). Voor de subsidie voor Seksuele Gezondheid worden aparte totaalsubsidiebedragen per GGD verleend.

De tweede leemte is wel mogelijk bij het Nationaal Programma Grieppreventie. Het daadwerkelijke aantal gezette grieprikken door de huisarts is niet te controleren, zonder inzage in medische dossiers. Bij de subsidie voor Seksuele Gezondheid geldt dat de GGD de soa-test niet vastlegt in het medische dossier en dat controle op die manier dus geen optie is. Dit is een geaccepteerd risico door VWS om SOA-testen met anonimiteit te kunnen aanbieden.

De tweede leemte is niet mogelijk bij bevolkingsonderzoeken. De declaraties van huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en laboratoria moeten gebaseerd zijn op hetzelfde aantal deelnemers van het bevolkingsonderzoek. De administratie van verschillende onderdelen gebeurt digitaal en is gekoppeld aan de terugkoppeling van de uitslag aan deelnemers.

7. Subsidies zorgnetwerken antibioticaresistentie (hierna: antibioticaresistentie), die worden verstrekt onder de Kaderregeling subsidies (drie subsidiestromen omtrent subsidiëring van de pilots Regionaal Zorgnetwerk ABR en de Regionale Zorgnetwerken ABR).

Voor deze subsidies is nog geen regeling opgesteld, omdat het pilots betreft. Het gaat om drie verschillende subsidiestromen, te weten 1) aan tien ziekenhuizen om netwerken te vormen omtrent antibioticaresistentie, 2) aan twee koepelorganisaties die de pilot ondersteunen en 3) voor aanvullende activiteiten aan een zorgverlener, waarvan de aanvraag goedgekeurd wordt.

Daarbij wordt geen tarieven- en behandelingsstructuur gehanteerd, waardoor de eerste geconstateerde leemte niet kan voorkomen. Ook de tweede geconstateerde leemte kan niet voorkomen, omdat het opzetten van zorgnetwerken rondom antibioticaresistentie betreft, waarvoor geen inzage in medische dossiers nodig is als er mogelijke onrechtmatige declaraties plaatsvinden.

## 4 Verantwoording onderzoek

### 4.1 Gehanteerde standaard

Deze opdracht hebben wij uitgevoerd in overeenstemming met de Internationale Standaarden voor de Beroepsuitoefening van Internal Auditing.

Met dit onderzoeksrapport wordt geen zekerheid verschaft, omdat er geen assurance-opdracht is uitgevoerd. Het rapport bevat daarom geen samenvattende conclusie of eendoordeel.

### 4.2 Verspreiding rapport

De opdrachtgever, dhr. dr. E. (Erik) Gerritsen, is eigenaar van dit rapport (zie paragraaf 12 van het Audit Charter van de ADR).

De ADR is de interne auditdienst van het Rijk. Dit rapport is primair bestemd voor de opdrachtgever met wie wij deze opdracht zijn overeengekomen. In de ministerraad is besloten dat het opdrachtgevende ministerie waarvoor de ADR een rapport heeft geschreven, het rapport binnen zes weken op de website van de rijksoverheid plaatst, tenzij daarvoor een uitzondering geldt. De minister van Financiën stuurt elk halfjaar een overzicht naar de Tweede Kamer met de titels van door de ADR uitgebrachte rapporten en plaatst dit overzicht op de website.

### 4.3 Gewijzigde opdrachtbevestiging

Er heeft een wijziging plaatsgevonden op de oorspronkelijke onderzoeksopdracht. Het doel van de oorspronkelijke onderzoeksopdracht was inzicht te verkrijgen in eventuele leemten in het toezicht bij acht subsidieregelingen met een medische component, door gestructureerd in beeld te brengen hoe het toezicht bij deze acht subsidieregelingen in de praktijk vorm krijgt, welke problemen zich daarbij mogelijk voordoen en wat daaruit geleerd kan worden.

Aangezien de oorspronkelijke onderzoeksopdracht en het conceptrapport op basis van de oorspronkelijke onderzoeksvragen niet volledig voorzagen in de informatiebehoefte van de opdrachtgever, zijn de opdrachtgever en de ADR de gewijzigde onderzoeksopdracht overeengekomen, waarbij het toezicht bij de regeling op abortusklinieken en de uitvoering van dat toezicht bij abortusinstelling CASA centraal staan.

### 4.4 Object van onderzoek, afbakening en definities

Het object van het onderzoek is het toezicht bij subsidieregeling abortusklinieken.

De handelingsperspectieven (hoofdstuk 2) worden gebaseerd op de bevindingen uit onderzoeksvraag 1 en vanuit bestaande toezichtvisies en -kaders, zoals afgestemd met de opdrachtgever en opgenomen onder 4.6.

Bij onderzoeksvraag 3 wordt de *opzet en inrichting* van het toezicht bij de zeven specifieke subsidieregelingen betrokken.

De periode waarover het uitgevoerde toezicht bij CASA in kaart is gebracht (onderzoeksvraag 1) betreft de jaren 2015 tot en met 2017. In de opdrachtbevestiging is opgenomen dat er enkel naar de jaren 2016 en 2017 zou

worden gekeken, maar gedurende het onderzoek bleek ook juist het jaar 2015 relevant te zijn.

Voor dit onderzoek hanteren wij de volgende twee definities<sup>9</sup>:

Leemte:

Elementen van het toezicht die in de praktijk niet zijn toegepast dan wel niet toereikend waren om misbruik of oneigenlijk gebruik van de subsidieregeling te voorkomen.

Toezicht:

Het verzamelen van de informatie over de vraag of een handeling of zaak voldoet aan de daaraan gestelde eisen, het zich daarna vormen van een oordeel daarover en het eventueel naar aanleiding daarvan interveniëren.

Aan de hand van deze definities is onderzoeksvraag 1 in kaart gebracht:

- Welke partijen in de 1e, 2e en 3e toezichtslijn taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden in het toezicht hebben.
- Welke partijen welke werkzaamheden hebben verricht en welke acties hebben ondernomen.

#### **4.5 Uitgevoerde werkzaamheden**

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, zijn interviews gehouden met de betrokken beleidsmedewerkers bij beleidsdirecties PZo en PG. Ook is met functionarissen bij DUS-I, WJZ en collega's bij de ADR gesproken. Daarnaast zijn beleidsmedewerkers voor de overige zeven subsidieregelingen geïnterviewd over het toezicht bij de eigen regeling. Aanvullend zijn documenten bestudeerd, met name de subsidieregelingen en accountantsprotocollen.

Bij de wijziging van de opdracht is afgesproken voornamelijk gebruik te maken van al vergaarde informatie voor een tijdige afronding van het onderzoek. Wel hebben er enkele aanvullende interviews plaatsgevonden en zijn extra documenten bestudeerd, zoals de assuranceverklaringen en subsidievaststellingen over 2015 bij CASA-klinieken.

#### **4.6 Referentiekader**

Als referentiekader zijn de volgende bronnen gebruikt:

- Kaderregeling subsidies OCW, SZW en VWS (geldend van 01-01-2018 t/m heden)
- Normatiek Subsidiebeheer VWS, januari 2018
- Kaderstellende Visie op Toezicht, 2005
- Minder last, meer effect. Zes principes van goed toezicht. "Ministerie van BZK, 2005
- Uniform Subsidiekader

---

<sup>9</sup> Bron: "Minder last, meer effect. Zes principes van goed toezicht." Ministerie van BZK, 2005

## 5 Ondertekening

Den Haag 2 april 2019

Gerben Korevaar MSc RO  
Senior Operational Auditor  
Projectleider voor dit onderzoek

---

**Auditdienst Rijk**  
Postbus 20201  
2500 EE Den Haag  
(070) 342 77 00

