

Van pionieren naar structureren

Over de gemeentelijke aanpak van zorgfraude



LokaleZaken 

Opdrachtgever: VNG Naleving

Mei 2022

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	2
1.1	Onderzoeksvragen	2
1.2	Gevraagd: een visie op fraudebestendige zorg	3
1.3	Beperkingen: focus op wat gemeenten kunnen doen	5
1.4	Leeswijzer	5
2.	Zorgfraude: een typologie	6
2.1	Zorgfraude vanuit netwerken	6
2.2	Criminele netwerken die zorgfraude plegen	7
2.3	Organisatietactieken: tussen fraude en oneigenlijk gebruik	8
3.	Fraude-kansen beteugelen (1): de poortwachtfunctie	10
3.1	Inkoop: screening en toetsing aan de voorkant	10
3.2	Financieringsmethoden: anticipatie op risico's	13
3.3	Toegangsorganisatie: een cruciaal vak	14
4.	Fraude-kansen beteugelen (2): partnerschap en toezicht	17
4.1	Actieve preventie: sturen op zelfredzaamheid en volumebeheersing	17
4.2	Partnerschap met (gecontracteerde) zorgaanbieders	18
4.3	Handhaving en toezicht: een volwaardige pijler	21
4.4	Informatie	23
5.	Slotbeschouwing	27
	Colofon (30)	

1. Inleiding

1.1 Onderzoeksvragen

Met de invoering van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015 is het takenpakket van de gemeente substantieel uitgebreid. Zorgfraude werd al vanaf 2015 in beeld gebracht door met name journalistieke artikelen en door een 'vroeg' studie: 'Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke sociaal domein'.¹ Sinds enkele jaren staat zorgfraude op de gemeentelijke agenda, al tekent zich daarbij een kentering af. Lange tijd waren gemeenten vooral bezig de zorg te organiseren, waarbij het positioneren van het rechtmatigheidsonderzoek daar (mondjesmaat) achteraan kwam. De tijd van pionieren met toezicht is achter de rug. Het decentrale zorgsysteem functioneert. Er zijn (bij de jeugdhulp) tekorten waarvoor het Rijk incidenteel en structureel geld beschikbaar heeft gesteld. Er is meer rust en ruimte gekomen om het vraagstuk van de zorgfraude met Wmo-zorg en jeugdhulp aan te pakken. Vandaag de dag wordt onderkend dat zorgfraude een structureel vraagstuk is dat vraagt om preventie, pro-actie en reactie. Er zijn steeds weer lokale signalen of (journalistieke) publicaties die dit onderstrepen. De bestrijding van zorgfraude is een belangrijke opgave voor het lokaal bestuur.

Deze rapportage is niet gericht op het beschrijven en analyseren van zorgfraude. Dat is inmiddels al gedaan, onder meer in de studie 'Een wereld te winnen. Over zorgfraude (Wmo 2015 en Jeugdwet), in opdracht van VNG Naleving'.² Dit rapport is gericht op mogelijkheden om op gemeentelijk niveau vooruitgang te boeken met de bestrijding van zorgfraude met Wmo-zorg en jeugdhulp. Daartoe staat één vraag centraal, namelijk: *Welke gemeentelijke visie, werkwijzen en vormen van toezicht kunnen de gelegenheidsstructuren voor zorgfraude of voor oneigenlijk gebruik van zorggeld verminderen?* Het gaat om manieren om vooruitgang te boeken, zonder alle fraudekansen weg te kunnen nemen, want die liggen voor een aanzienlijk deel buiten het bereik van gemeenten. Denk bijvoorbeeld aan de schaarse opsporingscapaciteit voor de strafrechtelijke aanpak van zorgfraude. Deze studie helpt gemeenten om te beredeneren welke maatregelen zij minimaal dienen te treffen, in hun lokale en regionale context. Om zo belangrijke vooruitgang te boeken. Dit vergt een gemeentelijke visie op een fraudebestendige zorg. Zie paragraaf 1.2.

Tabel 1.1: Over zorgfraude en oneigenlijk gebruik.

Begrip

Bij zorgfraude gaat het om handelen dat opzettelijk in strijd is met de regels, gericht op eigen of andermans (financieel) gewin. De Regeling Jeugdwet geeft een definitie, namelijk: valsheid in geschrifte, bedrog, benadeling van rechthebbenden of verduistering plegen of trachten te plegen ten nadele van de gemeente, met het doel een betaling of ander voordeel te verkrijgen waarop hij geen recht heeft of kan hebben. De Wmo 2015 bevat zo'n omschrijving niet, maar in de praktijk bestaat er grote overeenkomst tussen misstanden op het domein van de Wmo en Jeugdwet. Op het terrein van de Wmo moet het begrip worden omschreven in verordeningen. Daarin staat het doelbewuste onrechtmatig handelen centraal, zoals het geven van een onvolledige of onjuiste voorstelling van zaken of het verstrekken van onjuiste informatie over de verleende of gefactureerde zorg. De basis van zorgfraude is een onjuiste declaratie. Zo'n foute declaratie wordt zorgfraude als aan drie criteria wordt voldaan: regelovertreding; een wederrechtelijk voordeel; en bewust handelen. Het opzettelijk onrechtmatig handelen onderscheidt zorgfraude van zorgfouten. In dat laatste geval worden regels onbedoeld overtreden vanwege onduidelijkheden of vergissingen. Onjuiste

¹ Fenger, M., Chin-A-Fat, N., Frankowski, A., & van der Torre, L. (2016). *Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke domein*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

² Van der Torre, E. J., & Heijkoop, M. M. (2020). *Zorgfraude. Een wereld te winnen*. Rotterdam: LokaleZaken.

zorgdeclaraties kunnen de vorm krijgen van oneigenlijk gebruik: een declaratie is dan weliswaar rechtmatig, maar in strijd met de bedoeling van de wet.

Wmo-zorg en jeugdhulp: enkele belangrijke wettelijke bepalingen

Jeugdhulp en Wmo-zorg wordt geleverd als zogenoemde gecontracteerde zorg of zorg in natura (ZiN) en via een persoonsgebonden budget (pgb). Bij ZiN wordt de ondersteuning geleverd door een zorgaanbieder waarmee de gemeente een contract/subsidieregeling heeft afgesloten. Als een pgb wordt verstrekt aan een inwoner, kan hij of zij daarmee zelf zorg, hulpmiddelen of woningaanpassing inkopen. Met een pgb kan een inwoner zorg inkopen die wordt verleend door een professionele zorgaanbieder of door personen uit zijn of haar het sociale netwerk. Wie een budget krijgt, is budgethouder, kiest de zorgverlener en maakt met de zorgverlener afspraken over de inhoud en betaling van de zorg. De uitbetaling verloopt vandaag de dag via de sociale verzekeringsbank (SVB). Uitkering van het budget aan inwoners bleek fraudegevoelig.

Het lokaal bestuur kreeg beleidsvrijheid om invulling te geven aan de decentrale zorg en verantwoordelijkheden, zoals het organiseren van toezicht en fraudebestrijding. De Jeugdwet (art 2.9) en Wmo 2015 (art 2.1.3) schrijven voor dat gemeenten, bij verordening, regels vaststellen ten behoeve van het rechtmatigheidstoezicht. De Wmo 2015 (art 6.1) vereist dat gemeenten toezichthouders aanstellen, al wordt dit beperkt tot calamiteitentoezicht. De Jeugdwet kent die verplichting niet, al zijn gemeenten dus wel verantwoordelijk voor het rechtmatigheidstoezicht op jeugdhulp. In het kader van de Wmo 2015 ligt het kwaliteitstoezicht in handen van de gemeenten. Wat de Jeugdwet betreft, is dit een taak voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

1.2 Gevraagd: een visie op fraudebestendige zorg

Er bestaat behoefte aan een beleidstheorie om de Wmo-zorg en jeugdhulp (meer) fraudebestendig te maken. Een belangrijk startpunt is het inzicht dat kostenbeheersing en fraudebeleid noodzakelijk zijn. Dit is in lijn met de zogenoemde VNG-routekaart voor Toezicht, Handhaving en Naleving (verder: VNG-routekaart).³ Toezicht en handhaving dienen een element te zijn van de gemeentelijke visie op zorg. Dat was en is lang niet in elke gemeente het geval. Het resulteert in lacunes, zoals het (gedeeltelijk) ontbreken van rechtmatigheidstoezicht. Bijvoorbeeld alleen rechtmatigheidstoezicht op pgb-zorg in het kader van de Wmo, waartoe een geringe formatie beschikbaar is in relatie tot de aard en frequentie van de zorgfraude. Er zijn gemeenten waar niet is voorzien in rechtmatigheidstoezicht op gecontracteerde zorg en in het geheel niet wat betreft jeugdhulp. Prioriteit voor pgb-zorg in het kader van de Wmo bij rechtmatigheidstoezicht valt te begrijpen vanwege de risico's op zorgfraude door aanbieders die zijn opgericht om (grof) te verdienen aan deze fraude. Onderzoek naar zorgfraude laat echter zien dat frauderende netwerken flexibel opereren. Worden ze betrapt op pgb-fraude in het kader van de Wmo, kunnen activiteiten worden verplaatst. Niet alleen naar andere gemeenten om daar dezelfde Wmo-fraude met pgb's te plegen, maar ook naar gecontracteerde zorg (als onderaannemer of als contractpartij) of naar jeugdhulp. Bij gecontracteerde zorg zit bovendien een adder onder het gras. Er komt bij dergelijke zorg beduidend minder vaak grove zorgfraude (hoge winsten in enkele jaren tijd) in beeld dan bij pgb-zorg. Daar staat tegenover dat het toezicht op gecontracteerde zorg vaak op een lager peil ligt. Toch kan bij gecontracteerde zorg (veel?) zorggeld weglekken door oneigenlijk gebruik. Als gemeenten veel contractpartijen toelaten, bestaat het risico dat het basisvertrouwen in contractpartijen wordt geschonden. Niet door middel van (grove) fraude, maar door oneigenlijk gebruik van de professionele ruimte die ze krijgen 'om te doen wat nodig is'. Organisatiebelangen worden bijvoorbeeld (te) centraal gesteld bij keuzen over de kwantitatieve en kwalitatieve personele inzet.⁴

³ Zie: <https://vng.nl/artikelen/routekaart-toezicht-handhaving-en-naleving-wmo-2015-en-jeugdwet-boek>

⁴ Rekenkamer Deventer (2022). *Zonder zorgen door-ontwikkelen. Over jeugdzorg en zorgfraude in Deventer*. Zie: <https://lokalezaken.com/wp/wp-content/uploads/2022/02/Nota-van-bevindingen-Jeugdzorg-en-zorgfraude-Rekenkamer-Deventer.pdf>

Simpel gezegd, er wordt minder personeel ingezet dan noodzakelijk is vanwege de zorgbehoefte: 'doen wat nodig is', wordt 'doen wat kan'. Organisatietactieken die leiden tot (mogelijk systematisch) oneigenlijk gebruik staan bij bestuurders en gemeentelijke beleidsmakers minder op het netvlies dan pgb-fraude (door "zorgcowboys"). Zorgprofiteurs en -fraudeurs opereren flexibel en zijn letterlijk van alle Wmo- en jeugdhulp-markten thuis. Het is belangrijk dat gemeenten net zo flexibel worden.

Als wordt gelet op de risico's op fraude of op oneigenlijk gebruik, komen *dilemma's* en bestuurlijke opdrachten in beeld. Bijvoorbeeld bij een - op zich begrijpelijke - politiek-bestuurlijke voorkeur voor keuzevrijheid van cliënten. In hoofdstuk 2 wordt uitgelegd dat frauderende zorgaanbieders invloed (willen) krijgen over kwetsbare cliënten, om zo de keuzevrijheid bij hen weg te nemen. Wie cliënten keuzevrijheid schenkt, zal dus maatregelen moeten treffen om te voorkomen dat die vrijheid door fraudeurs wordt afgepakt en misbruikt. Keuzevrijheid voor (kwetsbare) cliënten vergt dat grenzen worden gesteld. Een visie op zorg dient professionals ruimte te geven om passende zorg te leveren, maar naleving en toezicht zijn ook noodzakelijk. *Professionele zorg, keuzevrijheid en naleving zijn een drie-eenheid.*

Een lokale beleidsvisie ten behoeve van (meer) fraudebestendige zorg vergt aandacht voor de volgende opgaven en vragen:

- 1) Hoe kan de **poortwachtfunctie** van gemeenten (inclusief de regionale inkooporganisatie) het risico op zorgfraude of oneigenlijk gebruik reduceren? Het gaat om twee poorten, namelijk:
 - a. Inkoop en contractering (zie paragraaf 3.1). In aanvulling hierop dient bij de financieringsmethode te worden geanticipeerd op frauderisico's (zie paragraaf 3.2).
 - b. Indicatiestelling en opvolging daarvan door de toegangsorganisatie. Zie paragraaf 3.3.

- 2) Hoe kan op een passende manier **het volume van fraudegevoelige zorg worden gereduceerd door:**
 - a. Met (vroeg)tijdige niet-gespecialiseerde zorg of hulp voorkomen dat een beroep wordt gedaan op kostbare specialistische zorg (pgb-zorg of gecontracteerde zorg). Zie paragraaf 4.1.
 - b. Partnerschap met solide gecontracteerde zorgaanbieders. Zie paragraaf 4.2.

- 3) Voor welke zorg wordt voorzien in **rechtmatigheidstoezicht**? Alleen wat betreft Wmo-zorg of ook voor jeugdhulp? En hoe ver reikt het toezicht op Wmo-zorg? Alleen calamiteiten-toezicht (de wettelijke plicht) of wordt gestalte gegeven aan bestuursrechtelijk rechtmatigheidsonderzoek? En wordt het rechtmatigheidstoezicht alleen gericht op pgb-zorg of ook op gecontracteerde zorg? Vanwege strategisch gedrag van aanbieders komt zorgfraude op alle vier de terreinen voor. Vandaag de dag ligt het zwaartepunt van het toezicht (mogelijk volledig) op pgb-zorg in het kader van de Wmo. Zie paragraaf 4.3.

- 4) Hoe kan met **monitoring en analyse** solide partnerschap door zorgaanbieders worden gestimuleerd en tegelijk signalen van zorgfraude, oneigenlijk gebruik of kwaliteitstekorten worden gedetecteerd? Zie paragraaf 4.4.

1.3 Beperkingen: focus op wat gemeenten kunnen doen

Deze rapportage is volledig gericht op gemeentelijke beleidsinspanningen om fraude met Wmo-zorg of jeugdhulp te voorkomen, op te merken, aan te tonen en aan te pakken. Daarin schuilt een belangrijke beperking, want fraude met andere vormen van zorg en de rol van andere partijen in het gehele zorgcomplex blijven (grotendeels) buiten beschouwing. Dit rapport gaat meer in het bijzonder over datgene wat gemeenten minimaal zouden moeten doen en over afwegingen die ze daarbij hebben te maken. Het is belangrijk wat gemeenten doen, want ze kunnen vooruitgang boeken en heel wat bereiken. Wel kent de organisatie van de fraudebestrijding tekortkomingen die vragen om inspanningen van het Rijk. Menno Fenger (hoogleraar bestuurskunde) toont zich bezorgd en kritisch:

“De waarde van de decentralisatie van het Rijk naar de gemeenten is dat er ruimte kwam voor nieuwe aanbieders. Maar je moet dan wel alert zijn op de kwaliteit daarvan. Dat zijn we een beetje vergeten. Het beleid is uitgegaan van goedbedoelende bedrijven die goede zorg leveren. Maar daarmee ligt ook amateurisme op de loer. Als je de veiligheid niet regelt, heb je toch een probleem. Dat is de valkuil van dit beleid.’ (...) Het is opvallend dat er bijna alleen onderzoek wordt ingesteld na een klacht of melding. De kwaliteit van de zorginstellingen in de gemeente wordt op geen enkele manier systematisch onderzocht. Je zou in het sociale domein te werk moeten gaan als de Onderwijsinspectie. Die analyseert periodiek elke school. Dan kun je kijken of er verbeteringen nodig zijn. Het is de wetgever te verwijten dat dit niet goed is geregeld. Dat moet zo snel mogelijk gebeuren. (...) Hoe kon het Rijk in vredesnaam zo’n belangrijk veld decentraliseren zonder erbij te vertellen hoe je er toezicht op moet houden? Zoek het maar uit, heeft de wetgever gezegd.”⁵

De Algemene Rekenkamer verricht onderzoek naar de samenwerking bij de bestrijding van fraude door zorgaanbieders. Daarbij wordt het gehele systeem onderzocht dat onder coördinatie van met ministerie van VWS de zorgfraude bestrijdt. De studie verschijnt in het tweede kwartaal van 2022.

1.4 Leeswijzer

Hoofdstuk 2 gaat in op (drie) verschillende vormen van zorgfraude, inclusief tactieken die daarbij worden gebruikt. Vervolgens wordt in de twee hoofdstukken daarna stapsgewijs ingegaan op bouwstenen die passen in een visie op lokale fraudebestrijding. Hoofdstuk 3 gaat in op de poortwachtfunctie en hoofdstuk 4 gaat over: partnerschap met (als het goed is betrouwbare) zorgaanbieders; toezicht en handhaving; en informatieprocessen. Hoofdstuk 5 is een korte slotbeschouwing.

⁵ Bron: <https://www.ftm.nl/artikelen/interview-menno-fenger?share=m2IHxoOT1eR%2F3Ggt5GCB5Fh29P4VzhEfQoXNavt%2FlajAuvAcGYMhwQEgZ9IIU6o%3D>

2. Zorgfraude: een typologie

Bij beschrijvingen van zorgfraude wordt aangegeven hoe onrechtmatig geld wordt verdiend met geleverde zorg. Het betreft onder meer spookzorg waarbij gedeclareerde zorg niet is geleverd en zogenoemd op-coderen, hetgeen inhoudt dat een te dure behandeling wordt gedeclareerd. Deze omschrijvingen maken niet duidelijk wat nu de werkwijzen zijn bij verschillende vormen van zorgfraude. Dat komt wel in beeld op basis van de volgende typologie van fraude door zorgaanbieders:⁶

- a. Zorgfraude vanuit netwerken
- b. Criminele netwerken die zorgfraude plegen
- c. Organisatietactieken: oneigenlijk gebruik

Deze drie varianten worden kort toegelicht. Daarna wordt in de twee volgende hoofdstukken beschreven hoe de kansenstructuur voor fraude (en voor oneigenlijk gebruik) kan worden verminderd.

2.1 Zorgfraude vanuit netwerken

Het betreft structurele zorgfraude vanuit groepen of netwerken, gericht op financieel gewin. Het gaat om zorgaanbieders en om (rechts)personen daar omheen, zoals cliëntvertegenwoordigers of bewindvoerders. Deze groepen of netwerken voelen zich aangetrokken tot de zorgsector omdat toetreding eenvoudig is en de fraude-opbrengsten aantrekkelijk zijn. Fraudenetwerken kunnen tal van bronnen benutten, namelijk:

- In de directie, het bestuur of de organisatie van een zorgaanbieder worden familieleden of vrienden opgenomen. Om zorgfraude af te schermen wordt samengewerkt tussen personen die elkaar vertrouwen. Bij faillissementen of bij een (gedwongen) beëindiging van de zorg (bijvoorbeeld als een gemeente een cliëntenstop oplegt), kan de zorg worden voortgezet via het zorgbureau van een vriend of familielid.
- Sociale contacten worden benut om ten behoeve van zorgfraude cliënten te ronselen en vervolgens te beïnvloeden. Zorgaanbieders zoeken in hun omgeving naar 'geschikte' (kwetsbare) cliënten. Dat zijn mensen die geen lastige vragen stellen en snel tevreden zijn, net als cliënten die onder druk gezet kunnen worden of waarvan de medewerking met een kleine premie kan worden gekocht. Ronselpraktijken leggen de basis voor cliënt-beïnvloeding ten behoeve van fraude. Zo nemen aanbieders het initiatief over. Er wordt bijvoorbeeld een vertegenwoordiger aan de pgb-cliënt gekoppeld die onder één hoedje speelt met de zorgaanbieder. Cliënten krijgen instructies wat ze moeten vertellen aan de indicatiesteller van de toegangsorganisatie.

⁶ Voornamelijk gebaseerd op een studie uit 2020 in opdracht van de VNG: Van der Torre, E. J., & Heijkoop, M. M. (2020). *Zorgfraude. Een wereld te winnen*. Rotterdam: LokaleZaken. Wat betreft organisatietactieken mede gebaseerd op een recente studie: Rekenkamer Deventer (2022). *Zonder zorgen door-ontwikkelen. Over jeugdzorg en zorgfraude in Deventer*.

- Netwerken benutten bij zorgfraude kennis over het zorgsysteem. Een categorie verdiept zich in de materie en bouwt zelf die kennis op. Ook worden succesformules simpelweg gekopieerd. Standaard-zorgplannen gaan van hand-tot-hand en handige fraudetips gaan van mond-tot-mond. Er wordt ook kennis ingekocht bij financiële en juridische dienstverleners.
- In het fraude-netwerk wordt geld benut, onder meer om vastgoed te huren of te kopen, om personeel te betalen en om facilitators in te huren. Vastgoed wordt gebruikt om zorgcliënten te huisvesten en als zorglocatie, bijvoorbeeld bij dagbesteding. Met zorggeld kan huur worden betaald aan vastgoedbezitters (personen of rechtspersonen) in het fraudenetwerk. Op die manier wordt aan zorg verdiend, zonder dat het als winst hoeft te worden geadministreerd in een jaarrekening.
- Fraude-netwerken beperken zich niet tot de Wmo-zorg of jeugdhulp. Er wordt evengood gefraudeerd met zorg in het kader van de Wet langdurige Zorg (verder: Wlz) of Zorgverzekeringswet (verder: Zvw), alsook bij zorg die wordt ingekocht door de Dienst justitiële Inrichtingen van het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Ook de zogenoemde zorgbonus werd door aan categorie zorgaanbieders aangegrepen om te frauderen.⁷ Onderzoeksjournalistiek wijst voorts op twijfelachtige praktijken van zorgaanbieders met de zogenoemde Noodmaatregel Overbrugging Werkgelegenheid (NOW).⁸

2.2 Criminele netwerken die zorgfraude plegen

Onderzoek toont aan dat georganiseerde zorgfraude kan worden gecombineerd met traditionele georganiseerde criminaliteit. Bijvoorbeeld hennepsteelt, witwassen en vastgoedfraude. In de regio Oost-Nederland (met Enschede als centrumgemeente) toont een analyse aan dat vijftien van 22 bestudeerde zorgaanbieders in verband worden gebracht met hennepsteelt.⁹ Bij tien van deze aanbieders werken personen - onder andere bestuurders, eigenaren en aandeelhouders - met antecedenten. Het betreft met name antecedenten inzake de Opiumwet en verder voor onder meer fraude, vrijheidsberoving, valsheid in geschrifte, geweld, wapenverkoop en -bezit en diefstal. De integrale analyse in Oost-Nederland agendeert de combinatie van georganiseerde zorgfraude met georganiseerde criminaliteit. Het is de vraag in welke mate dit elders in het land voorkomt, maar die vraag kan niet worden beantwoord. De uitgevoerde analyse komt voort uit een integrale aanpak van tientallen casus onder de vlag van het RIEC Oost-Nederland, waar zorgfraude is geprioriteerd als een zogenoemd handhavingknelpunt. Op basis van het RIEC-convenant kan dan informatie worden uitgewisseld tussen RIEC-partners, zoals gemeenten, politie, justitie, belastingdienst en FIOD. Zo wordt informatie over zorgfraude gekoppeld aan justitiële informatie. Dat loopt buiten Oost-Nederland spaak. Dat neemt niet weg dat er ook elders in het land signalen zijn die wijzen op verwevenheid van zorgfraude met georganiseerde criminaliteit:

- Criminele families of families met criminelen die zorgfraude plegen of lijken te plegen.

⁷ Zie: <https://www.rtlnieuws.nl/onderzoek/artikel/5272824/zorgbonus-fraude-zorgfraude-coronabonus-zorgmedewerkers#:~:text=Het%20kabinet%20maakte%201000%20euro,bonus%20op%20te%20kunnen%20strijken>.

⁸ Zie: <https://www.rtvoost.nl/nieuws/1990750/omstreden-zorgaanbieders-ontvangen-tienduizenden-euros-coronasteun>

⁹ IKZ (2020), *Verwevenheid zorg & criminaliteit*. Zie: <https://www.ikz.nl/documenten/rapporten/2021/01/14/criminaliteit-en-zorg>

- Relaties tussen zorgaanbieders en bedrijven in risicobranches, zoals autobedrijven, datingsites, vastgoedbedrijven, verhuurmakelaars, reisbureaus, bedrijven in de beautysector, transportbedrijven of koeriersdiensten.
- Zorg-cliënten die worden ingezet bij drugsriminaliteit, zoals drugshandel en (kleine maar frequente) drugstransporten.
- Zorggeld dat, met een kleine omweg, wordt uitgegeven aan dure auto's of vastgoed.
- Crimineel patsergedrag door directeuren of bestuurders van zorgaanbieders die wel affiniteit hebben met de onderwereld, maar niet met de kwaliteit van zorg.
- Hennepteelt op een zorglocatie.
- Verdachte geldstromen / witwassen en investeringen, bijvoorbeeld in vastgoed, ook in het buitenland.

2.3 Organisatietactieken: tussen fraude en oneigenlijk gebruik

Bij georganiseerde fraude vanuit netwerken (zie paragraaf 2.1 en 2.2) staan zorgaanbieders centraal die (lijken te) zijn opgericht om winst te boeken met zorgfraude. De term 'organisatietactieken' verwijst daarentegen naar zorgbedrijven die met oprechte bedoelingen zijn opgericht. De organisatorische kennis en middelen worden echter benut om de winst of omzet op te drijven. Dit kan resulteren in mogelijke zorgfraude of in oneigenlijk gebruik. In dat laatste geval is een declaratie volgens de regels toegestaan, maar druist deze in tegen 'de geest van de wet'.¹⁰ Een gecontracteerde zorgaanbieder krijgt bijvoorbeeld (door de wijze van financiering en indicatiestelling) veel ruimte om de intensiteit van de zorg te bepalen, maar beperkt steevast de personele inzet bij groepsgewijze zorg. Bij deze en andere tactieken krijgen organisatorische omstandigheden of motieven voorrang over de zorgbehoefte van cliënten. De volgende organisatietactieken komen in beeld:¹¹

- Nadat een toegangsorganisatie een indicatie heeft afgegeven voor een breed opgezet zorgtraject, wordt te vaak / onnodig een extra indicatie aangevraagd: 'indicaties stapelen'.
- Zorgaanbieders starten met het leveren van extra zorg en pas daarna vragen ze, als een vermeend voldongen feit, een indicatie aan.
- Bij schaarste aan plaatsen voor cliënten met een urgente zorgbehoefte, biedt een zorgaanbieder een plaats, maar dan alleen tegen het hoogste tarief. Of tegen een hoger tarief dan noodzakelijk is. De plaats wordt anders aan een andere cliënt (in een andere gemeente) gegund.
- Zorgaanbieders bieden een kostbare plaats, terwijl er geen personeel is om meteen of op korte termijn te starten met specialistische behandeling. Dit resulteert in betaling van niet-geleverde zorg.
- Er wordt gesignaleerd dat zorg een soort vaste vorm kan krijgen doordat weinig resultaten worden geboekt. Er zijn omstandigheden waaronder dit voorstelbaar is, al gaat het - bij oneigenlijk gebruik - om situaties waarbij het erop lijkt dat de zorg een onnodig karakter krijgt. Kan worden afgebouwd vanwege vooruitgang? Of had vooruitgang in de rede gelegen

¹⁰ Fenger, M., Chin-A-Fat, N., Frankowski, A., & van der Torre, L. (2016). *Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke domein*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

¹¹ Rekenkamer Deventer (2022). *Zonder zorgen door-ontwikkelen. Over jeugdzorg en zorgfraude in Deventer*.

bij afdoende zorg, maar is deze niet geleverd? Of kan wellicht dure zorg worden afgeschaald, omdat het geen of onvoldoende meerwaarde heeft? Dergelijke vragen kunnen resulteren in debat en overleg tussen gemeente en zorgaanbieder. Dit kan bevredigende antwoorden opleveren, al kunnen ook signalen van ontoereikende of onnodige zorg in beeld komen.

- Gecontracteerde aanbieders kunnen ontoereikende zorg leveren, bijvoorbeeld door te goedkoop personeel in te zetten of te weinig uren zorg te leveren. Er zijn financieringswijzen die als grondslag van betalingen uitgaan van het aantal cliënten. 'Hoe' invulling wordt gegeven aan de zorg mag de zorgaanbieder in hoge mate zelf bepalen. In theorie wordt daarbij de zorg geoptimaliseerd, omdat dit de zorgaanbieder ruimte geeft 'om te doen wat nodig is'. De kans bestaat dat in de praktijk niet zozeer richting de cliënt wordt geoptimaliseerd, maar vanuit de personele en financiële situatie van de aanbieder. Als de gemeente geen zicht heeft op de kosten van de daadwerkelijk geleverde zorg op cliëntniveau, bestaat het risico dat de gemeente te veel betaalt voor de geleverde zorg.
- Er wordt gezocht naar maatwerk ('doen wat nodig is'), dat wil zeggen zorg die past bij de specifieke hulpbehoefte van een cliënt. Deze zoektocht naar maatwerk door de gemeentelijke toegangsorganisatie kan botsen met professionele standaardisatie bij (grote) zorgaanbieders die in feite (min of meer) aanbod-gestuurd werken. Een mismatch tussen aanbod en vraag kan leiden tot het weglekken van zorggeld of tot tekortschietende kwaliteit of prestaties. Een cliënt krijgt te maken met datgene wat een aanbieder kan leveren. 'Doen wat nodig is', wordt 'doen wat kan'.

3. Fraude-kansen beteugelen (1): de poortwachtfunctie

Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de poortwachtfunctie. Het is belangrijk om aan de poort te selecteren, zodat kwaadwillende zorgaanbieders geen contract krijgen of pgb-aanbieder kunnen zijn. Op dit punt zijn ervaringen opgedaan die in paragraaf 3.1 worden behandeld. Vervolgens gaat paragraaf 3.2 in op financieringsmethoden en daaraan verbonden frauderisico's. Tot slot wordt een belangrijke poortwachtfunctie vervuld door uitvoerende professionals die (her)indicaties afgeven (paragraaf 3.3).

3.1 Inkoop: screening en toetsing 'aan de voorkant'

Bij inkoop- en aanbestedingstrajecten - door regionale publieke samenwerkingsverbanden - wordt gestreefd naar een balans tussen aan de ene kant 'beperking van de administratieve lasten' en 'professionele ruimte' (voor private aanbieders), en aan de andere kant de kwaliteit, continuïteit en kosten van de zorg. Dit zijn legitieme doelen, al is ook specifieke focus geboden op een derde belang. Namelijk het weren van zorgaanbieders die uit zijn op zorgfraude of op oneigenlijk gebruik van zorggelden.

Selectie bij inkoop en aanbesteding vervult een dubbelrol: betrouwbare zorgaanbieders contracteren en onbetrouwbare aanbieders af laten vallen, zodat de toegangs- en toezichtorganisatie te maken krijgen met een overzichtelijk (werkbaar) aantal aanbieders. Goede selectie vermindert met andere woorden de werklast voor de toegangsorganisatie en voor de toezichthouders. Met op fraudepreventie gerichte inkoop- en aanbestedingstrajecten wordt het volgende beoogd:

1. Gecontracteerde zorgaanbieders waarop kan worden vertrouwd. Zie hoofdstuk 4.
2. Het uitsluiten van het kaf onder de zorgaanbieders. Bijvoorbeeld zorgaanbieders die afkomstig zijn uit risicobranches of met bestuurders die deel uitmaken van frauderende en/of criminele netwerken.
3. Het realiseren van een **overzichtelijk speelveld van zorgaanbieders**, zodat de gemeente overzicht kan houden en redelijkerwijs in staat is tot alerte indicatiestelling en tot het installeren van toezichthouders met een realistische *workload*.
4. Het organiseren van **redundantie**: 'voldoende solide aanbieders' zodat er een alternatief is als de kwaliteit van een aanbieder tekortschiet of als fraude of oneigenlijk gebruik wordt geconstateerd.

Ten behoeve van deze opdracht zijn de volgende taken en overwegingen van belang:

- a. In welke mate wordt gebruik gemaakt van de (beperkte) mogelijkheden die Bibob-toetsing biedt? Er kleven beperkingen aan het toepassingsbereik van de wet Bibob bij zorg:¹²

¹² Zie: M. Verbraeken, *De (on)mogelijkheden van de Wet Bibob tegen zorgfraude*, 14 april 2021. Te raadplegen via: <https://ijzermanbibob.com/blog/de-onmogelijkheden-van-de-wet-bibob-tegen->

- Er bestaat (nog) geen vergunningplicht.
- Een klein deel van de Wmo- en jeugdhulp betreft een subsidie en kan worden getoetst.
- Bibob-toetsing is niet mogelijk bij een persoonsgebonden budget.
- Bij een open-house constructie en bij niet-selectieve overheidsopdrachten (de burger kiest een zorgaanbieder nadat de gemeente met meerdere aanbieders een overeenkomst heeft gesloten) is Bibob-toetsing niet mogelijk.

Als een gemeente zelf een zorgaanbieder kiest, kan deze overheidsopdracht worden getoetst met het Bibob-instrumentarium, al worden de uitsluitingsgronden daarbij beperkt door Europese regelgeving. Bibob-toetsing vergt dus een gerichte inzet bij het inkopen van zorg. De gemeente Almelo deed dit bijvoorbeeld naar tevredenheid ten aanzien van subsidies ten behoeve van beschermd wonen. Van de achttien aanbieders werd er één uitgesloten en aan een andere subsidie werden strenge voorwaarden verbonden.¹³

- In welke mate is de zorgmarkt open en toegankelijk? Deze vraag kan worden toegespitst op de voor- en nadelen van een zogenoemde Open House inkoopmethodiek. Op basis van geschiktheidseisen kunnen zorgaanbieders, die hieraan voldoen, toetreden tot de markt gedurende de looptijd van het systeem. Dit kan politiek draagvlak hebben vanwege de keuzevrijheid van cliënten. Bij een gemakkelijke en grote toestroom van zorgaanbieders is het echter moeilijk voor een gemeente om het overzicht te bewaren. Het wordt bijvoorbeeld lastig om alle aanbieders te bezoeken alvorens een contract wordt afgesloten. Als laagdrempeligheid resulteert in frequente (signalen van) fraude, wordt het toezicht overvraagd. Dit resulteert in een dilemma. Als een gemeente om politieke redenen kiest voor een toegankelijke zorgmarkt én voor keuzevrijheid, dient - omwille van effectieve fraudebestrijding - een (relatief) omvangrijk systeem van toezicht en handhaving te worden ingericht.
- Welke voorwaarden (kwaliteits- en integriteitseisen) worden precies gesteld? Gangbare eisen zijn aanlevering van (gecontroleerde) jaarrekeningen, ingevulde vragenformulieren (met o.a. vragen over integriteit), eisen wat betreft beroepskwalificaties, verklaringen van de Belastingdienst en Verklaringen omtrent gedrag. En wordt de echtheid van aangeleverde documenten getoetst? Zijn de VOG's gecontroleerd bij Logius en worden diploma's gecheckt bij het opleidingsinstituut? Interessante voorwaarden - vanuit een fraudeperspectief - betreffen eisen die beogen (veel) te hoge inkomens/winsten, ondoorzichtige vastgoedconstructies en onverantwoorde onttrekking van geld uit het zorgbedrijf te voorkomen. Zie tabel 3.1. Die tabel vermeldt ook integriteitseisen.
- Een goede organisatie en personele inzet (voldoende mensen, goed gekwalificeerd) zijn vereist om invulling te kunnen geven aan de selectiefunctie. Als vanwege een (door de jaren heen) strenge lijn het aantal kandidaat-aanbieders overzichtelijk is, valt het relatief gemakkelijk te organiseren om met elke aanbieder minstens één of (liever) enkele

[zorgfraude#:~:text=Voorheen%20was%20dat%20alleen%20mogelijk,Bibob%2Dinstrument%20is%20echter%20beperkt.](#)

¹³ Zie: <https://www.rtvoost.nl/nieuws/2070901/gemeente-almelo-gaat-zorgaanbieders-voortaan-strenger-screenen-in-strijd-tegen-zorgfraude>

gesprekken te voeren. Wie het aantal zorgaanbieders laat groeien, komt hier niet aan toe of dient meer capaciteit in te zetten. Wie niet of selectief spreekt met zorgaanbieders, mist een kans om zicht te krijgen op het signatuur van de aanbieder. Als opmaat tot een geslaagd partnerschap, tot uitsluiting of tot toelating onder voorwaarden.

- e. Het is de vraag in welke mate in verordeningen en contracten wordt vastgelegd welke minimale professionele standaards gelden ten aanzien van in het bijzonder kwetsbare zorgproducten. Hoeveel gekwalificeerde begeleiders zijn vereist bij dagbesteding voor jongeren (Jeugdwet) of volwassenen (Wmo 2015)? Wat wordt verstaan onder 24-uurszorg in het kader van beschermd wonen? Het is een mogelijkheid om te formuleren wat absoluut *niet* valt onder dagbesteding (bijvoorbeeld koffiedrinken of de krant lezen of andere niet-specialistische activiteiten, hetgeen ook in het buurthuis kan) of 24 uurszorg (bijvoorbeeld een telefoonnummer achterlaten dat tussen 17.00 uur en 09.00 uur gebeld kan worden of een camera ophangen). Wie normeert en grenzen stelt, realiseert zich waarschijnlijk dat papieren eisen niet toereikend zijn: locatiebezoek is nodig. Dit kan in de inkoopfase, maar ook proactief (risico-gestuurd, zonder signaal) of reactief n.a.v. signalen over mogelijke fraude of kwaliteitstekorten.
- f. Voorwaarden ten aanzien van gecontracteerde zorg resulteren in een logische vraag. Wat te doen met pgb-zorg? Temeer omdat partijen die als contractpartij worden geweigerd wel pgb-zorg kunnen leveren: via de zogenoemde ‘achterdeur’. De gemeente Almelo past de eisen ten aanzien van gecontracteerde aanbieders ook toe op pgb-aanbieders. De gemeente Rotterdam is in 2018 gestart met de zogenoemde pgb-kwaliteitstoets. In 2020 zijn ongeveer vijftig pgb-zorgaanbieders administratief getoetst. Op deze manier worden de gelegenheidsstructuren verminderd. Er wordt in Rotterdam overwogen om - naast de huidige administratieve toets (op papier) - een locatiebezoek te brengen, om zo een blik te werpen op de feitelijke gang van zaken.

Tabel 3.1: Voorwaarden om fraude te voorkomen (Bron: Verordening maatschappelijke ondersteuning Almelo 2019).

Het college verstrekt geen Pgb voor ondersteuning van een zorgverlener indien er twijfels zijn over de **integriteit** van de zorgverlener, wat zich in ieder geval voordoet indien de zorgverlener:

- betrokken is geweest bij strafbare feiten of overtredingen heeft begaan die de veiligheid en de kwaliteit van de ondersteuning in gevaar brengen;
- verdacht is geweest van strafbare feiten dan wel daarvoor veroordeeld is geweest;
- bestuursrechtelijke en/of fiscaalrechtelijke boetes opgelegd heeft gekregen;
- bestuursrechtelijke handhavingsmaatregelen opgelegd heeft gekregen in de vorm van een last onder bestuursdwang en/of dwangsom;
- er sprake is van feiten en omstandigheden die erop wijzen of redelijkerwijs doen vermoeden dat de Pgb-aanbieder en/of zijn directie en/of de aan hen gelieerde vennootschappen een zakelijk samenwerkingsverband onderhouden met derden die in relatie staan tot strafbare feiten of daarvan verdacht worden;
- zich niet professioneel gedraagt. Hiervan is onder andere sprake indien de Pgb-aanbieder zich intimiderend opstelt, geen voorbeeldfunctie toont of incidenten hebben plaatsgevonden binnen de uitvoering van zijn functie.

Van een gevaar voor de **kwaliteit** van de zorg is onder andere sprake indien:

- de zorgverlener werkt met personeel dat niet of onvoldoende is opgeleid voor het te verzorgen product;
- personeel niet wordt uitbetaald volgens de van toepassing zijnde cao;
- aan bestuurders of andere personeelsleden betalingen worden verricht die hoger zijn dan wat de Wet Normering Topinkomens toestaat;
- aan bestuurders, toezichthouders, aandeelhouders, personeelsleden of derden leningen worden verstrekt die geen verband houden met de te leveren zorg en/of niet verstrekt zijn met zekerheidsstelling en tegen marktconforme rente en voorwaarden;
- de zorgverlener vastgoed huurt van bestuurders, toezichthouders, aandeelhouders, personeelsleden of derden tegen voor de regio en de branche niet marktconforme voorwaarden;
- de zorgverlener diensten of leveringen afneemt van bestuurders, toezichthouders, aandeelhouders, personeelsleden of derden tegen voor de branche niet marktconforme voorwaarden;
- de zorgverlener management-, consultatie- of franchisevergoedingen afdraagt aan bestuurders, toezichthouders, aandeelhouders, personeelsleden of derden tegen voor de branche niet marktconforme voorwaarden;
- de zorgverlener op enige andere wijze bedragen onttrekt aan de bedrijfsvoering op een voor de branche niet gebruikelijke, niet integere, dan wel niet marktconforme wijze.

3.2 Financieringsmethoden: anticipatie op risico's

Er bestaan verschillende financieringswijzen voor Wmo-zorg en jeugdhulp. De manier van financieren kan op basis van uiteenlopende criteria worden beoordeeld. Een keuze valt lastig te maken, zo blijkt in de praktijk uit heroverwegingen en aanpassingen. Zo'n aanpassing is een belasting: voor de (regionale) inkooporganisatie, voor gemeenten en voor zorgaanbieders. Temeer omdat zorgaanbieders, die actief zijn in verschillende regio's en gemeenten, te maken krijgen met verschillende betalingsgrondslagen. In deze paragraaf beperken we ons tot de vraag tot welke specifieke frauderisico's een financieringsmethode leidt. Die risico's kunnen een reden zijn om af te zien van een methode, of om ermee te stoppen, al is dat een politiek-bestuurlijk besluit. Het betreft de volgende risico's:¹⁴

- a. Bij taakgerichte financiering krijgt de zorgaanbieder voor een (deel)populatie in een geografisch gebied een vast bedrag (populatiebesteding) of er vindt verrekening plaats op basis van het aantal geholpen cliënten (lumpsumbesteding).

Bij resultaatgerichte financiering wordt, op basis van de zorgvraag, een zorgprofiel (een product of een traject) als uitgangspunt genomen. Daarvoor krijgt de aanbieder een vast bedrag, waarbij de precieze personele inzet mag variëren, zolang de resultaten worden behaald. Er wordt bijvoorbeeld 70 procent van het budget vooraf betaald en de resterende 30 procent als de resultaten zijn behaald.

Risico's:

De grondslag van betalingen aan de zorgaanbieder is - zowel bij taakgerichte als resultaatgerichte financiering - in de kern het aantal cliënten. Bij taakgerichte financiering is aanvullend de in- en uitstroom belangrijk en bij resultaatgerichte financiering is het de vraag of de situatie van de cliënt is verbeterd. Hoeveel uren en dagen zorg is geleverd, en wat de kwalificaties zijn van het ingezette personeel, is veel minder van belang. 'Hoe' invulling wordt gegeven aan de zorg mag de zorgaanbieder in hoge mate zelf bepalen. In theorie wordt

¹⁴ Dit is deels een herhaling van paragraaf 3.2, omdat het benutten van de ruimte die een methode biedt een oneigenlijke organisatietactiek kan zijn waardoor zorggeld weglekt.

daarbij de zorg geoptimaliseerd. De kans bestaat dat in de praktijk niet zozeer richting de cliënt wordt geoptimaliseerd, maar vanuit de personele en financiële situatie van de aanbieder.¹⁵ Een bijkomend probleem is dat fraude of oneigenlijk gebruik nauwelijks valt aan te tonen als onduidelijk is wat op cliëntniveau de aard en kwantiteit zijn van de zorg die de aanbieder dient te leveren. Dat bemoeilijkt een eventueel rechtmatigheidsonderzoek.

- b. Bij zogenoemde inspanningsgerichte financiering betaalt de gemeente per uur of dag tegen een gecontracteerd tarief. Dit wordt ook wel P (prijs) x Q (volume) financiering genoemd. Dit legt een basis voor rechtmatigheidsonderzoek. Wel ligt in P x Q -financiering een prikkel besloten om het volume van de zorg op te hogen. Dit risico vergt een alerte toegangsorganisatie om de volume van de zorg te beheersen.

3.3 Toegangsorganisatie: een cruciaal vak

Voor volume- en kostenbeheersing van de zorg én voor fraudebestrijding bestaat behoefte aan een alerte toegangsorganisatie, zoals een wijk- of buurtteam of team toegang. Een alerte toegangsorganisatie zoekt uit wat een cliënt écht nodig heeft. En kijkt dus niet alleen naar de hulpvraag volgens de cliënt (mogelijk ook al volgens een aanbieder) en beziet wat de cliënt en de directe sociale omgeving zelf kunnen doen. Toegang (indiceren) is een vak. Het vergt veel inhoudelijke en gedragsmatige competenties:

- Cliënt-situaties sociaal en medisch beoordelen. En, zo nodig, onafhankelijk medisch advies inwinnen.
- De publieke verantwoordelijkheid (de facto) dragen om grote sommen zorggeld te alloceren aan private partijen.
- Cliënten aanspreken op zelfredzaamheid.
- Een helder ondersteuningsplan (of gezinsplan of arrangement) op schrift stellen, zodat voor de cliënt duidelijk is waar hij of zij op mag rekenen. Dit biedt zo nodig houvast bij een rechtmatigheidsonderzoek.
- Signalen voor zorgfraude herkennen en melden, gericht op actie.
- Een relatie opbouwen met cliënten en hun trajecten volgen en, zo nodig, her-indiceren.
- Een beeld krijgen van lokale zorgaanbieders, zodat een goede match tot stand kan worden gebracht tussen cliënt en aanbieder. Daarbij wordt voorkomen dat een frauderende zorgaanbieder de regie van een cliënt overneemt t.b.v. fraude.
- De pgb-vaardigheid van een cliënt toetsen.

Deze opsomming van vereiste 'toegangscompetenties' laat zien dat het niet alleen gaat om uitvoering. Het is een opdracht voor topambtenaren en de wethouder Zorg om een goede toegangsorganisatie in te richten.¹⁶ Bij het positioneren van een doeltreffende toegangsorganisatie zijn de volgende opdrachten of overwegingen aan de orde:

¹⁵ Als een aanbieder bijvoorbeeld ontoereikende zorg levert, en bezuinigt op personele inzet, kan de uitgekeerde zeventig procent van het resultaatgerichte budget winstgevend zijn. Terwijl de resultaten niet worden behaald en de cliënt de dupe is.

¹⁶ Die boodschap is een kernelement in de Deventer jeugdhulp: "Het gaat in Deventer bij de jeugdhulp om de drie t's: toegang, toegang en toegang." Het is een deelverklaring voor een opmerkelijke prestatie: Deventer kent geen financiële tekorten op de jeugdhulp en kan diensgevolge miljoenen Rijksgeld investeren in de doorontwikkeling van die zorg. Zie Rekenkamer Deventer, 2022.

- a. Hoe de onafhankelijkheid waarborgen bij ‘toegang’? Het is - onder meer om grenzen te stellen, kosten te bewaken en te letten op signalen over mogelijke fraude - belangrijk dat de toegangsorganisatie een onafhankelijke positie inneemt ten opzichte van alle zorgaanbieders. De toegangsorganisatie is een cruciale schakel bij het inbouwen van *checks and balances* in het zorgsysteem. Die onafhankelijke toegangsorganisatie ontbreekt bij een vergaande invulling van taakgerichte financiering, namelijk als een ondersteuningsplan wordt opgesteld door cliënt en gecontracteerde aanbieder, zonder tussenkomst van de gemeente.¹⁷
- b. In hoeverre is ‘toegang’ (indiceren en her-indiceren) een generalistische of specialistische taak? Als het afgeven van zorgindicaties wordt toevertrouwd aan alle medewerkers van decentrale teams, is het een zware gemeentelijke taak om te zorgen dat iedereen over de noodzakelijke competenties beschikt. Dat zijn er nogal wat, zo blijkt uit de bovenstaande opsomming. Beroepsontwikkeling is extra lastig als de functies laag zijn ingeschaald (bijvoorbeeld schaal 8 of 9) ten opzichte van deze competenties. In de praktijk worden in generalistische wijkteams specialismen ingebouwd. Een ‘koploper’ coacht bijvoorbeeld andere medewerkers. Het laat zien dat het generalisme tegen grenzen aanloopt. Als toegangsmedewerkers onvoldoende zijn toegerust om hun taak uit te voeren, biedt dit mogelijkheden voor zorgaanbieders om met fraude- of organisatietactieken (zie hoofdstuk 2) een onnodig grote claim te leggen op het zorgbudget. Er wordt dan niet gedaan ‘wat nodig is’, want er wordt te veel betaald voor de geleverde zorg. Dergelijke personele problemen en frauderisico’s, (kunnen) pleiten voor specialistische indicatiestellers. Dat biedt meer ruimte voor opleidingen en om het salaris van deze specialisten (bijvoorbeeld speciale medewerkers voor pgb-zorg) af te stemmen op de vereiste competenties.
- c. De mate van cliënt-beoordeling en (bij)sturing. Een onafhankelijke beoordeling van de situatie van een cliënt door toegangsmedewerkers is een belangrijk controle-element. Dergelijke beoordelingen zijn de basis van zorgtrajecten. Zowel bij de intake (indicatie) als bij evaluatiegesprekken (her-indicaties) wordt de situatie beoordeeld. Een onafhankelijke toegangsorganisatie heeft beoordelingsruimte, in die zin dat diagnoses of wensen van cliënten of aanbieders niet zomaar worden gevolgd. Dat kan leiden tot discussie. Dat is op zich geen probleem, want dit is onvermijdelijk door de aard van het zorgproduct: lastig te definiëren en te begrenzen. De toegangsorganisatie redeneert vanuit de problematiek, met als doel het normale leven te versterken. Als er goedkopere functionele alternatieven zijn voor kostbare gespecialiseerde zorg, worden die ingezet. Of er wordt, zo nodig, juist opgeschaald naar duurdere zorg. De kern is dat de toegangsorganisatie beoordeelt en (bij)stuurt, als controle op de noodzaak van het zorgbudget dat beschikbaar wordt gesteld.
- d. De mate van ambtelijke en bestuurlijke steun en sturing bij probleem- of fraudesignalering in de toegangsorganisatie. Toegangsmedewerkers hebben op enkele belangrijke punten behoefte aan ambtelijke (en bestuurlijke) steun en sturing:
- Ondersteuning bij (her)indicatiestelling, onder meer door - een *backoffice* die voorziet in - heldere overzichten over onder meer zorgkosten en over lang lopende

¹⁷ Zie: Geerlof, J. e.a. (2020). *Verkenning taakgericht werken in Jeugdwet en Wmo*. Netwerk Nobis.

zorgtrajecten.

- Bij signalen over mogelijke zorgfraude helpt het als indicatiestellers een beroep kunnen doen op toezichthouders om een *screening* te doen: *real-time* fraudepreventie.
- Het volgen van cliënt-trajecten kan (aan de kant van de gemeente) resulteren in de behoefte om bij te sturen. Bijsturing op operationeel niveau kan tekortschieten, waardoor het nodig is om op managementniveau in contact te treden met zorgaanbieders. Bijvoorbeeld bij signalen over structurele ontoereikende of resultaatarme zorg.
- Het komt voor dat voor een categorie cliënten frequent of telkens geen goede plek wordt gevonden. Er zijn bijvoorbeeld wachtlijsten of er is slechts één gecontracteerde zorgaanbieder (op één of enkele zorg-percelen), terwijl deze onder de maat presteert. Ambtelijk en bestuurlijk kan dit een reden zijn om aan te dringen op verbetering of innovatie. Het kan ook een reden zijn om (ook) cliënten te plaatsen bij een andere aanbieder. Redundantie helpt hierbij: beschikbaarheid van alternatieve aanbieders, zodat het voor de toegangsorganisatie gemakkelijker wordt om invulling te geven aan het uitgangspunt dat een cliënt op de juiste plek terecht komt.

4. Fraude-kansen beteugelen (2): partnerschap en toezicht

Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft hoe het volume van de fraudegevoelige zorg met verschillende gemeentelijke instrumenten en werkwijzen kan worden gereduceerd. Paragraaf 4.1 gaat over 'actieve preventie': vroegtijdige zorg waarmee een beroep op (dure) gespecialiseerde zorg kan worden voorkomen. Vervolgens komt in paragraaf 4.2 de zogenoemde positieve fraudebestrijding aan bod, dat wil zeggen de horizontale samenwerking met gecontracteerde zorgaanbieders waarop in beginsel wordt vertrouwd. Monitoring is het verlengstuk van de selectie bij inkoop en contractering. In paragraaf 4.3 komt het verticale toezicht aan bod: wat betreft rechtmatigheid en kwaliteit. Tot slot gaat paragraaf 4.4 over informatieprocessen.

4.1 Actieve preventie: sturen op zelfredzaamheid en volumebeheersing

Een gedachte achter de decentralisatie van de zorg was dat op gemeentelijk niveau te snelle doorverwijzing naar specialistische zorg kan worden voorkomen. Door problemen en zorgbehoeften snel te onderkennen, kan vroegtijdig worden gestart met hulp en ondersteuning. Dit is zogenoemde actieve preventie: hulp en actie om te voorkomen dat problemen onnodig voortslepen of verergeren. Op die manier wordt onnodige inzet van specialistische zorg voorkomen en daarmee de kans op overvraging en op wachtlijsten. Dit krijgt grofweg langs drie lijnen gestalte.¹⁸

- Basisvoorzieningen die voor iedereen beschikbaar zijn, zoals onderwijs, sport, welzijn, cultuur, jongerenwerk en openbare gezondheidszorg (bijvoorbeeld het consultatiebureau).
- Meer specifieke voorzieningen, zoals dag-ondersteuning voor ouderen, een sociale prestatie ("zinvolle dagbesteding") door mensen zonder regulier werk of begeleiding van bewonersactiviteiten.
- Basiszorg die wordt verleend door professionals die deel uitmaken van een wijkteam of door professionals die direct ingezet kunnen worden door een toegangsorganisatie. Deze professionals leveren lichte vormen van zorg. Daarmee wordt bezien of met relatief eenvoudige interventies (bijvoorbeeld een serie gesprekken, ontmoetingen of activiteiten) resultaten vallen te boeken. Deventer zet bijvoorbeeld op onderwijsinstellingen jeugdhulpverleners in die onderwijsmedewerkers adviseren over de omgang met jongeren, bijvoorbeeld om (dreigende) schooluitval te voorkomen. In dezelfde stad houden jeugdconsulenten (werkzaam bij een ggz-instelling) spreekuur bij huisartsen en nemen lichte vormen van begeleiding ter hand. Als blijkt dat de cliënt meer (kennis)intensieve zorg nodig heeft, wordt (door de toegangsorganisatie) doorverwezen naar aanvullende zorg.¹⁹

Waarom levert dit soort tijdige en (afgezet tegen specialistische zorg) goedkope zorg een bijdrage aan het verminderen van de Gelegenheidsstructuren voor zorgfraude? Het antwoord is dat preventie van zwaardere problematiek het volume reduceert van de kostbare specialistische zorg, inclusief fraudegevoelige vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld dagbesteding op basis van een pgb. Het draagt bij aan de volumebeheersing van de zorg en daarmee aan de overzichtelijkheid van de lokale zorgmarkt, hetgeen het contractmanagement en toezicht vergemakkelijkt.

¹⁸ Zie over Utrecht en Deventer: Verweij Jonker Instituut (2021), *Eigenwijs transformeren. Eindrapport*, Utrecht.

¹⁹ Rekenkamer Deventer (2022). *Zonder zorgen door-ontwikkelen. Over jeugdzorg en zorgfraude in Deventer*.

Bij preventieve (niet-specialistische) zorg wordt door toegangsorganisaties een beroep gedaan op de zelfredzaamheid en op het ontwikkelpotentieel van cliënten. Dit zijn gangbare uitgangspunten en hebben in de kern sociale motieven, al worden ook grenzen gesteld. Sturen op zelfredzaamheid heeft consequenties voor de toegangsorganisatie. Er wordt gekeken naar wat burgers zelf kunnen doen om problemen het hoofd te bieden. Het gaat om het versterken van het normale leven en dus *niet* om een oplossing van alle problemen. Het is geen heldere grens, maar er is wél een grens. ‘Doen wat nodig is’ betekent óók niet meer zorg leveren dan nodig is. Dit begrenst geijkte werkwijzen van frauderende zorgaanbieders, want die nemen de regie en zorgen uit handen van cliënten. Fraudeurs claimen een soort gratis *all inclusive* pakket te leveren, waarbij weinig inspanning van de cliënt wordt gevraagd. Toegangsmedewerkers moeten sterk in de schoenen staan als een pgb-cliënt naar hen toekomt en een sterke voorkeur uitspreekt voor een specifieke pgb-aanbieder die een duur zorgpakket heeft ‘aangeboden’. Preventieve zorg, zelfredzaamheid, grenzen stellen en fraudepreventie lopen door elkaar heen. Het onderstreept hoe belangrijk de toegangsorganisatie is bij fraudebestrijding en kostenbeheersing (dat kwam aan bod in paragraaf 3.3).

4.2 Partnerschap met (gecontracteerde) zorgaanbieders

Bij positieve fraudebestrijding is het belangrijk om gestalte te geven aan het relatiebeheer met (gecontracteerde) zorgaanbieders die zich (door de jaren heen) hebben bewezen en die *in de praktijk* voldoen aan criteria wat betreft kwaliteit en integriteit. Dit biedt kansen om cliënten in vertrouwde handen te geven. Dat reduceert de gelegenheidsstructuren voor zorgfraude. Contractmanagement met ‘erkende’ aanbieders dient wél meer te zijn dan louter relatiebeheer, omdat fraude of oneigenlijk gebruik ook mogelijk is bij (onderaannemers van) gecontracteerde zorgaanbieders. Een ervaren professional waarschuwt: *“We kennen ook de tactiek van aanbieders om goed mee te werken, om vervolgens te kunnen frauderen.”* Het is dan ook belangrijk dat contractmanagers of accounthouders (verder hanteren we de term accounthouder) oog hebben voor fraude en voor organisatietactieken waardoor (veel) zorggeld kan weglekken. Dit dient onder meer tot uitdrukking te komen in monitoring van jaarrekeningen en - zo nodig - in kritische vragen over bijvoorbeeld hoge beloningen van bestuurders, verstrekte leningen, veel lang lopende zorgtrajecten of afwijkende patronen wat betreft personeelskosten.

De inzet op partnerschap tussen gemeenten en zorgaanbieders is recent in een stroomversnelling gekomen. In VNG-verband hebben bestuurders de opdracht gegeven om uit te zoeken of een keurmerk voor zorgaanbieders uitvoerbaar en wenselijk is. Het is de bedoeling om dit in 2022 in ‘proeftuinen’ (in Twente en Hart van Brabant) te verkennen.

Bij fraudepreventie is de stap van inkoop en aanbesteding (zie hoofdstuk 3) naar contractmanagement belangrijk. Fraudebestendig contractmanagement vergt verschillende keuzen en overwegingen:

- a. Accounthouders geven invulling aan horizontale monitoring. Dat is in essentie gericht op bijsturing vanuit de relatie. Accounthouders voeren periodiek overleg met aanbieders en brengen werkbezoeken. Daarbij maken ze gebruik van een vorm van monitoring. Bijvoorbeeld applicaties die onder meer het berichtenverkeer tussen zorgaanbieders en gemeente(n) in kaart brengt. Dat gaat over toestemming om de zorg op te starten, over betaalberichten en over het stoppen van de zorg. Een monitor laat bijvoorbeeld zien hoeveel toewijzingen zijn afgegeven, hoeveel cliënten het betreft, wat de kosten zijn per cliënt en

wat is gedeclareerd. Per zorgaanbieder wordt bijvoorbeeld zichtbaar of start- en stopberichten zijn doorgegeven, wat de declaratiesnelheid is en of een reden wordt gegeven voor het stoppen van de zorg. Het laat zien of een zorgaanbieder wat dit betreft handelt volgens contractbepalingen. Per dienst of aanbieder kan in kaart worden gebracht of langdurig zorg wordt verleend en in welke mate 'indicaties worden gestapeld.' Ook wordt zichtbaar wat bij een aanbieder de gemiddelde kosten per cliënt zijn. Accounthouders dienen de gegevens te interpreteren. De monitor is een instrument dat helpt om bijzonderheden op te merken en om gesprekken met zorgaanbieders voor te bereiden. Er wordt bijvoorbeeld gesproken over financiële tekorten of juist over verklaringen voor (te?) hoge jaarwinsten. In dat laatste geval krijgt de monitoring een meer verticaal karakter. Zie punt b.

- b. Er bestaat ook behoefte aan (meer) verticale monitoring, op zoek naar indicatoren voor zorgfraude. Het gaat dus niet om een algemeen beeld van alle zorgaanbieders in een gebied in het kader van relatiebeheer (horizontale monitoring). Het betreft een zoekslag naar zorgaanbieders die ongunstig scoren op variabelen die wijzen op mogelijke zorgfraude. Met deze werkwijze is in de afgelopen jaren aan de weg getimmerd door journalisten. Uitkomsten van mediareportages (met name *Follow the Money*, Pointer/KRONCRV en RTL) en 'lijsten' leidden tot politieke ophef. Het agendeerde casussen en kritische vragen die bij de reguliere gemeentelijke of regionale monitoring (kennelijk) niet in beeld waren gekomen. Zie de onderstaande tabel voor de analyse door RTL van ongeveer 70.000 bedrijven. De omvang van deze steekproef onderstreept dat het geen probleem hoeft te zijn om dit soort overzichten te maken op gemeenteniveau. Toch zijn deze dun gezaaid, dus wat dit betreft is de opdracht helder: 'doen wat nodig is' bij monitoring van de zorg.

Tabel 4.1: Uitkomsten van onderzoek naar zorgaanbieders door RTL en Graydon

Hoge winst – In geval van een eenmanszaak: winst hoger dan 100.000 euro. In geval van een vennootschap onder firma: winst per vennoot minimaal 100.000 euro. Bij alle andere rechtsvormen is een rode vlag geplaatst wanneer het netto bedrijfsresultaat voor belastingen meer dan 8% van de omzet is. Uitkomsten. **287** bedrijven in de lijst krijgen een rode vlag voor een hoge winst. Winsten hoger dan 20% zijn geen uitzondering (**139** bedrijven). In enkele gevallen is er mogelijk sprake van fouten bij het doorgeven van de financiële gegevens, gezien er in die gevallen sprake is van 100% of meer winst. Het gaat om een kleine groep.

Hoge omzet ZZP - In geval van een eenmanszaak zonder werknemers is de aanname gedaan dat het een ZZP'er betreft. Als de omzet hoger is dan 150.000 euro is een rode vlag geplaatst. Uitkomsten. Er is **1** bedrijf gevonden met een omzet hoger dan 150.000 euro, waarvan op basis van de combinatie eenmanszaak/0 werknemers vermoed wordt dat het ZZP betreft.

Loonratio – Als de verhouding tussen omzet en personeelskosten lager is dan 65%. Uitkomsten. **366** bedrijven in de lijst krijgen een rode vlag voor de verhouding personeelskosten/omzet. In die gevallen is de verhouding lager dan 65%. Veel van deze bedrijven krijgen ook een rode vlag voor een hoge winst.

WNT-norm – Als minimaal 1 bestuurder een hogere beloning krijgt dan de Wet Normering Topinkomens voorschrijft (meer dan 228.599 brutoloon of andersoortige vergoedingen). Uitkomsten. Op basis van de beperkte financiële gegevens over vergoedingen van individuele bestuurders is van **1** bedrijf duidelijk dat er boven de WNT-norm wordt verdiend. Van nog eens **84** bedrijven is duidelijk dat het totaalbedrag dat bestuurders en toezichthouders ontvangen, hoger is dan de WNT-norm. Maar omdat het hier gaat om meerdere personen is niet op te maken of er op individueel niveau sprake is van een overschrijding van de WNT-norm.

Netwerk vastgoed – Als de zorgaanbieder of een persoon binnen het netwerk ook vastgoedondernemer is. Uitkomsten. 295 bedrijven in de lijst krijgen een rode vlag vanwege een link met vastgoed bij ondernemer of netwerk.

Netwerk hoog risico – Als de ondernemer of netwerk ook 1 of meerdere bedrijven heeft in een branche met een verhoogd risico op ondermijning. (SBI-codes 35, 38, 43, 45, 47, 49, 53, 55, 56, 64, 66, 68, 69, 77, 78, 80, 82, 92, 96). Uitkomsten. 555 bedrijven hebben een link met bedrijven met een verhoogd risico op ondermijning. Deze rode vlag gaat dus bijna voor alle bedrijven uit de lijst op. De onderstaande lijst betreft categorieën die tenminste 21 keer werden aangetroffen.

Wijziging– Als de rechtsvorm van de organisatie na de oprichting meer dan 1 keer binnen 6 maanden is gewijzigd of als een of meer bestuurders binnen 6 maanden na oprichting zijn gestopt. Alleen bij bedrijven die in of na 2015 zijn gestart. Uitkomsten. 92 bedrijven die na 1 januari 2015 zijn ingeschreven bij de Kamer van Koophandel hebben binnen 6 maanden na oprichting hun rechtsvorm gewijzigd of binnen 6 maanden zijn 1 of meer bestuurders vertrokken.

Faillissement – Als ondernemer of netwerk eerder faillissement had. Uitkomsten. 197 bedrijven hebben een link in het netwerk met een faillissement.

Bron: Onderzoeksresultaten analyse zorgondermijning RTL Nieuws & Graydon

- c. Van monitoring naar toezicht. Indien bij monitoring verdenkingen / vermoedens ontstaan over zorgfraude, dient dit te worden doorgegeven aan de rechtmatigheidstoezichthouder. Daartoe dient een gemeente dan wél een rechtmatigheidstoezichthouder (o.a. voor gecontracteerde zorg) te hebben aangesteld. Als dit niet is gebeurd, ontstaan twee risico's: 1.) er treedt rolverwarring op als een accounthouder het signaal in onderzoek neemt en zo een soort verkapt rechtmatigheidsonderzoek uitvoert (zie punt d.); 2.) er wordt geen rechtmatigheidsonderzoek uitgevoerd, terwijl de omstandigheden daar wel om vragen. Ook signalen over kwaliteitsproblemen kunnen worden doorgezet: naar de IGJ wat betreft jeugdhulp en naar de afdeling of instantie (vaak de GGD) die signaal-gestuurde kwaliteitsonderzoeken naar Wmo-zorg uitvoert.
- d. Voorkom verwarring door een dubbelrol van de accounthouder. Het contact tussen accounthouder en zorgaanbieder kan tot verwarring leiden. Het komt voor dat een accounthouder een dubbelrol heeft, namelijk als relatiebeheerder en kwaliteitsbewaker. Deze horizontale kwaliteitsbewaking door de accounthouder kan worden gezien als invulling van de wettelijke plicht tot kwaliteitstoezicht volgens de Wmo 2015. De dubbelrol staat echter onafhankelijk kwaliteitstoezicht in de weg. De accounthouder zou immers casussen onderzoeken waarbij hij of zij zelf betrokken is geweest. De dubbelrol wordt nog lastiger als de accounthouder controles uitvoert die het karakter krijgen van een rechtmatigheidsonderzoek. Dat is geen taak voor de accounthouder, maar voor de rechtmatigheidstoezichthouder. Dit vergt dat een gemeente een rechtmatigheidstoezichthouder aanwijst die zich onder meer richt op gecontracteerde zorg.²⁰

²⁰ Er zijn gemeenten waar wel tenminste één rechtmatigheidstoezichthouder is aangewezen, al wordt het rechtmatigheidstoezicht volledig gericht op pgb-zorg.

4.3 Handhaving en toezicht: een volwaardige pijler

Handhaving en toezicht dienen een volwaardige pijler te zijn van (de visie op) het zorgbeleid. Dit klinkt als een open deur en dat zou het ook moeten zijn, maar bij de ontwikkeling van de gemeentelijke zorg was toezicht te vaak een sluitpost. Het volstaat niet om alleen een visie te ontwikkelen op toezicht en handhaving. Dat dient te worden ingebed in de vormgeving en praktijk van de lokale Wmo-zorg en jeugdhulp. Wat dit betreft dient orde op zaken te worden gesteld. Dit vergt steun en sturing door de wethouder Zorg en door het ambtelijke topmanagement op het sociaal domein. Toezicht en handhaving komen niet van de grond als het in handen wordt gelegd van een (te) klein team met een (te) beperkte taakopdracht. De zogenoemde *'Routekaart Toezicht, Handhaving en Naleving Wmo 2015 en Jeugdwet'* van VNG Naleving benoemt enkele elementaire (gemeentelijke) opdrachten, namelijk:

- Creëer bewustwording en draagvlak voor preventie, toezicht en handhaving.
- Stel een visie en een handhavingsbeleidsplan op en vast, om dit vervolgens te vertalen naar concreet handhavingsbeleid.
- Richt een meldpunt zorgfraude in.
- Richt rechtmatigheidsonderzoek in.
- Richt kwaliteitsonderzoek in.

Deze toezichtopgaven helpen om op gemeentelijke niveau de basis op orde te brengen. Op dit punt maken gemeenten, ondanks grote verschillen, een ontwikkeling door. In die zin dat de personele capaciteit wordt uitgebreid en andere verbeteringen worden doorgevoerd. Bijvoorbeeld openbaarmaking van bestuursrechtelijke rechtmatigheidsonderzoeken. Openbare rapportages laten - onder meer aan raadsleden - zien wat er in hun gemeente aan de hand is. De opdracht om op gemeenteniveau het toezicht op orde te brengen, attendeert op mogelijke lacunes en opdrachten die daaruit voortkomen wat betreft:

1. Rechtmatigheidstoezicht
2. Wmo-zorg: kwaliteitstoezicht
3. Meldpunt zorgfraude: bekend maken en raken

Ad 1.) Rechtmatigheidstoezicht

Het is in de geest van de wet om een rechtmatigheidstoezichthouder aan te stellen voor Wmo-zorg. Het is (bij de VNG) een doorn in het oog dat de letter van de wet wel vraagt om gemeentelijk rechtmatigheidstoezicht op Wmo-zorg en jeugdhulp, maar dat de wettelijk plicht tot het aanstellen van een toezichthouder beperkt blijft tot calamiteiten bij Wmo-zorg. Zie daarover tabel 4.2. Bij het rechtmatigheidstoezicht dienen - op basis van inzichten in zorgfraude - de volgende kwesties onder ogen te worden gezien:

- a. Het rechtmatigheidstoezicht wordt geregeld beperkt tot pgb-zorg. Er zijn dan dus geen toezichthouders beschikbaar voor rechtmatigheidsonderzoek naar gecontracteerde zorg. Dat is een beleidslacune. Er komen namelijk ook wat gecontracteerde zorg betreft signalen over mogelijke zorgfraude in beeld, onder meer ten aanzien van onderaannemers. Als nooit rechtmatigheidsonderzoek wordt uitgevoerd naar gecontracteerde zorg, zal dit een motivatie (kunnen) zijn voor kwaadwillende pgb-aanbieders om (ook) actief te worden als contractpartij of als onderaannemer.

- b. Het kan ontbreken aan werkprocessen die regelen hoe - nadat zorgfraude is geconstateerd door de toezichthouder - de stap wordt gezet van interventieadvies naar maatregelen.²¹ Er bestaat behoefte aan een procedure die voorziet in onafhankelijke besluitvorming die uiteenlopende belangen en perspectieven - zoals zorgcontinuïteit en sanctionering - afweegt.
- c. Het is een keuze of toezichthouders tevens buitengewoon opsporingsambtenaar zijn. Het levert beperkingen op als dit niet zo is. Als toezichthouders strafrechtelijk onderzoek kunnen doen levert dit meer mogelijkheden op om zorgfraude te bewijzen. Er kunnen bijvoorbeeld camera's worden ingezet om aan te tonen dat ontoereikende dagbesteding wordt geleverd. Het strafrecht introduceert ook extra sancties, zoals strafrechtelijke veroordelingen en een beroepsverbod.
- d. Er dient een balans te worden gezocht tussen de formatie van het rechtmatigheidstoezicht en de workload, zoals die onder meer tot uitdrukking komt in het aantal meldingen over (mogelijke) zorgfraude.
- e. Het rechtmatigheidstoezicht is tenminste signaal-gestuurd of reactief: een bestuursrechtelijk onderzoek op basis van signalen. Daarnaast kan gestalte worden gegeven aan proactief rechtmatigheidsonderzoek (ad random, risico-gestuurd of gericht op bepaalde thema's), zodat een beter beeld ontstaat van (risico's op) zorgfraude.
- f. Wat de Jeugdwet betreft is de gemeente wel verantwoordelijk voor het rechtmatigheidstoezicht, al is er geen verplichting om daartoe een rechtmatigheidstoezichthouder aan te wijzen. Als in een gemeente geen rechtmatigheidstoezicht is georganiseerd, ontstaat een probleem bij harde signalen over mogelijke zorgfraude met jeugdhulp.

Tabel 4.2: Passage uit VNG-brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie in het kader van het zorgfraudedebat d.d. 3 februari 2022.

Gemeenten moeten toezien op de naleving van de Wmo en de Jeugdwet, maar er is geen vereiste in deze wetten dat een toezichthouder moet worden aangesteld. Noch om onderzoek naar mogelijke fraude uit te voeren, noch om te toetsen op de kwaliteit van zorg. Slechts voor een gedeelte van het toezicht op kwaliteit, namelijk het toezicht op calamiteiten, is in de wet een toezichthouder voorzien. Zonder toezichthouder kun je geen onderzoek uitvoeren. De informatie in het onderzoek moet immers op een juiste wijze worden verzameld, om uiteindelijk bij de rechter stand te kunnen houden. Om zorgfraude aan te pakken en te handhaven op kwaliteit is een intensivering van inzet van mensen en middelen vereist. Daarvoor is tenminste € 85 miljoen nodig. Dat komt neer op gemiddeld twee Fte per gemeente.

Ad 2.) Wmo-zorg: kwaliteitstoezicht

De Wmo 2015 stelt dat de gemeente verantwoordelijk is voor het kwaliteitstoezicht. In de praktijk wordt dit vaak in handen gelegd van de GGD, al zijn er gemeenten die het anders organiseren. De volgende overwegingen zijn van belang bij het kwaliteitstoezicht op Wmo-zorg:

²¹ Zie over het Rotterdamse werkproces: <https://vng.nl/kennisbank-naleving/toezicht-rechtmatigheid-wmo2015-en-jeugdwet-procesbeschrijving-gemeente-rotterdam>

- a. Verticaal kwaliteitstoezicht op Wmo-zorg (zoals bedoeld in de Wmo 2015) betreft controles die kwaliteitstekorten kunnen aantonen. Dit dient in handen te worden gelegd van een onafhankelijk gepositioneerde toezichthouder, bijvoorbeeld bij de GGD of bij handhavingsambtenaren. Dit uitgangspunt maakt het onmogelijk om het kwaliteitstoezicht in handen te geven van een accounthouder.
- b. Er dient te worden beslist of alleen gestalte wordt gegeven aan kwaliteitsonderzoek naar concrete signalen (signaal-gestuurd toezicht) of ook aan onderzoek op basis van inzicht in structurele kwaliteitsrisico's (risico-gestuurd toezicht of onderzoek naar bepaalde thema's).
- c. Als kwaliteitsonderzoek stuit op signalen over mogelijke zorgfraude, dient afstemming plaats te hebben met de toezichthouder(s) rechtmatigheid, als mogelijke opmaat tot een fraudeonderzoek.

Ad 3.) Meldpunt zorgfraude: bekend maken en raken

De VNG-Routekaart dringt erop aan om een meldpunt zorgfraude in te richten.²² Het ligt voor de hand dat hier melding kan worden gemaakt van fraude omtrent vier typen zorg, namelijk Wmo-zorg en jeugdhulp, plus gecontracteerde zorg en pgb-zorg. Voor alle meldingen dient - dat is in lijn met de geest van de wet - te worden voorzien in een werkproces om te komen tot registratie en beoordeling, als mogelijke opmaat tot een rechtmatigheidsonderzoek. Met de optie om een melding door te zetten naar kwaliteitstoezichthouders indien de melding een kwaliteitsvraagstuk betreft.

Een meldpunt *bekend maken*, bijvoorbeeld via intranet, is nog wat anders dan actie ondernemen richting ambtenaren en uitvoerende professionals, zodat het meldpunt daadwerkelijk *bekend raakt*. Daartoe kunnen trainingen worden verzorgd die de alertheid op zorgfraude vergroten. Een belangrijke doelgroep zijn daarbij de medewerkers van de toegangsorganisatie voor jeugdhulp en Wmo-zorg. Zij zien veel cliënten en raken bekend met veel zorgaanbieders. Uiteraard is ook scherpte geboden bij accounthouders wat betreft mogelijke zorgfraude of oneigenlijk gebruik. Er bestaan onder accounthouders grote verschillen: een categorie is reeds alert, terwijl anderen misstanden binnen hun portefeuille met aanbieders bijna voor onmogelijk houden en daarom (te) veel ruimte en vertrouwen schenken. Tot slot zijn cliënten en mensen uit hun directe sociale omgeving (zoals ouders bij jeugdhulp) een belangrijke bron van signalen over misstanden in de zorg, inclusief mogelijke fraude.

4.4 Informatie

Het is belangrijk dat informatie over (mogelijke) zorgfraude en over kwaliteitstekorten bijeen wordt gebracht, zodat inzicht bestaat over wat er aan de hand is. Het is een simpel uitgangspunt, maar in de praktijk een weg vol hobbels. Zeker in het gehele (complexe) zorgsysteem, met vele spelers en informatieblokkades. De VNG dringt er bij de Tweede Kamer op aan om de gegevensuitwisseling te vereenvoudigen. Zie de onderstaande tabel.

²² Zie voor een handreiking met een format voor een meldpunt: <https://vng.nl/kennisbank-naleving/vermoedens-van-zorgfraude-binnen-uw-gemeente-handreiking>. Plus een animatie over zo'n meldpunt: https://gis.vng.nl/zorgfraude/animatie_zorgfraude_ondertitels.mp4

Tabel 4.3: Passage uit VNG-brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie in het kader van het zorgfraudedebat d.d. 3 februari 2022.

Een foutje mag, fraude niet! De aanpak van zorgfraude is complex. De Wmo en de Jeugdwet zijn als het om toezicht en handhaving gaat, niet eenduidig. Extra complex is dat het slechts zeer beperkt mogelijk is gegevens over zorgaanbieders uit te wisselen met andere gemeenten en met de partners in de zorgketen. Er is wetgeving in voorbereiding om die mogelijkheden te vergroten (wetsvoorstel Bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg), maar die voorziet daar onvoldoende in. De effectiviteit zou nog verder worden vergroot als gemeenten de mogelijkheid zouden krijgen om aan te sluiten bij het onderzoek van andere gemeenten. Nu moet elke gemeente separaat onderzoek doen. Onderzoeken zijn door deze factoren zeer complex, nemen lange tijd in beslag en zijn daardoor ook heel kostbaar. Helaas kunnen de kosten vaak niet worden teruggevorderd van de frauderende zorgaanbieder, omdat de vogel is gevlogen of omdat er geen geld meer is. Strafrechtelijk onderzoek wordt overgedragen aan het Openbaar Ministerie die al dan niet tot strafvervolgning overgaat. Het rechterlijk oordeel helpt. Als het tot een veroordeling komt, kan de betreffende zorgaanbieder geen VOG meer krijgen. Een beroepsverbod helpt gemeenten nog meer, omdat dat als inkoopvereiste een uitsluitingsgrond kan zijn. Zorgfraude is soms ook verweven met de georganiseerde criminaliteit. Zorggelden lekken weg en verdwijnen binnen criminele circuits. Om dat tegen te gaan een gezamenlijke aanpak van gemeenten en Regionale Informatie en Expertise Centra (RIEC's) noodzakelijk.

Informatie-blokkades zijn niet alleen van juridische aard, want ze hebben ook te maken met organisatorische kerntaken die inter-organisatorische samenwerking in de weg staan. Wat dit betreft beperken we ons wederom tot de insteek van dit rapport: wat kunnen gemeenten doen om de informatiedeling en het inzicht (de informatiepositie) over zorgfraude te verbeteren? Het opzetten van een fraude-meldpunt is een onmisbare schakel bij het informatieproces. Zie paragraaf 4.3. Daarnaast komen de volgende gemeentelijke informatieopdrachten in beeld:

- a. Hoe kan gestalte worden gegeven aan een heldere registratie over fraude(signalen), lopende onderzoeken en de output? Het betreft 'lijsten' die basisgegevens bij elkaar brengen en die, in onderlinge samenhang, belangrijke inzichten opleveren. Het gaat ogenschijnlijk om simpele overzichten, al blijken gemeentelijke toezichthouders het zo druk te kunnen hebben dat een overzicht ontbreekt. De personele inzet dient toereikend te zijn om een overzicht te maken van de volgende zaken:
 - Meldingen over mogelijke zorgfraude, naar aard en bron van de melding.
 - Een inschatting over de onderzoek-waardigheid en prioriteit van de melding.
 - Een overzicht van lopende bestuursrechtelijke rechtmatigheidsonderzoeken.
 - Een overzicht van - door toezichthouders - opgestelde interventieadviezen.
 - Een lijst met de sancties of maatregelen die uiteindelijk zijn opgelegd, zoals een cliënt omzetten naar andere aanbieder e.o. van pgb-zorg naar gecontracteerde zorg (of omgekeerd); betalingen stoppen; zorggeld terug vorderen; contracten ontbinden; aangifte doen; en/of melding maken bij instantie (IGJ of GGD) die kwaliteitsonderzoek verricht.
 - De doorlooptijden.

Deze gegevens geven inzicht in de *workload* van gemeentelijke toezichthouders en laten zien welke fraude in beeld komt en welke niet of minder. In dat laatste geval is het de vraag of dat

goed nieuws is (weinig fraude) of een punt van zorg, omdat fraude onopgemerkt blijft. Het overzicht legt de basis voor periodiek overleg over de voortgang van het toezicht, tussen onder meer toezichthouders, accounthouders, beleidsmedewerkers, (handhavings-)juristen, back office en GGD. Het helpt om inschattingen te maken over de noodzakelijke personele inzet, over de vraag of de interventies passen bij de aard van de aangetroffen fraude en wat de effecten lijken te zijn op de lokale fraudekansen en -praktijken.

- b. Het organiseren van informatiedeling over signalen omtrent (mogelijke) zorgfraude binnen de gemeentelijke organisatie, met name tussen de veiligheidsafdeling en (toezichthouders op) het sociaal domein. Dit is bijvoorbeeld aan de orde bij vermoedens over de combinatie van zorgfraude met (andere) vormen van criminaliteit, zoals witwassen, vastgoedfraude of drugscriminaliteit. Hiertoe kan een privacy-protocol worden opgesteld.
- c. Hoe kan informatie worden gedeeld tussen gemeente, RIEC, politie en Openbaar Ministerie over de combinatie van zorgfraude met (georganiseerde) criminaliteit? Dit is een relevante vraag omdat deze combinatie tamelijk frequent is aangetoond²³ of wordt vermoed. Bijvoorbeeld als frauderende zorgaanbieders geld wegsluizen en ook actief waren of zijn in een risicobranche. In de regio Oost-Nederland is zorgfraude een zogenoemd handhavingsknelpunt bij het RIEC, hetgeen de basis legt voor informatie-uitwisseling tussen de genoemde partijen. Dit is echter een uitzonderlijke voorziening. Als zorgfraude geen RIEC-prioriteit is, komt informatiedeling (pas) van de grond als een gemeente duidelijk weet te maken dat zorgfraude wordt verbonden met criminaliteit die wel is benoemd als handhavingsknelpunt. Dit leidt tot de volgende overwegingen:
- Als de gemeentelijke informatie-uitwisseling en analyse naar een hoger niveau worden getild, neemt de kans toe dat indicaties in beeld komen over door het RIEC geprioriteerde vormen van georganiseerde criminaliteit. Dat legt de basis voor een integrale aanpak van een klein aantal geselecteerde casus (bijvoorbeeld maximaal drie), waarvoor geldt dat georganiseerde zorgfraude ernstige schadelijke (ondermijnende) effecten heeft.
 - Het is een optie om 'georganiseerde zorgfraude' te benoemen als RIEC-thema (handhavingsknelpunt). Dit levert een dilemma op vanwege de brede taak en hoge werklast van het RIEC en van RIEC-partners. Daarom is een analyse nodig om te bezien wat de situatie is: zie het volgende punt.
 - Analisten zouden - net als in Oost-Nederland is gebeurd (IKZ, 2021) - de kans kunnen krijgen om in kaart te brengen wat in justitiële bronnen bekend is over netwerken en (rechts)personen die zich toeleggen op systematische zorgfraude. Daartoe zou zorgfraude tijdelijk als RIEC-handhavingsknelpunt kunnen worden benoemd. Als de uitkomsten van de analyse bekend zijn, kan worden besloten of de status van handhavingsknelpunt wordt gecontinueerd of niet.
- d. De VNG-routekaart dringt er bij gemeenten op aan om zich aan te sluiten bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude en om signalen over fraude daar te melden. Dat is een startpunt voor bovenlokale informatiedeling. Wel bestaat behoefte aan (meer) ruimte om gegevens te

²³ IKZ (2020), *Verwevenheid zorg & criminaliteit*.

kunnen delen over zorgfraude, onder meer tussen gemeenten en regio's. De VNG vraagt op dat punt maatregelen van het Rijk. Zie tabel 4.3.

5. Slotbeschouwing

Fraudebestrijding en kostenbeheersing dienen een volwaardige pijler te worden van (de visie op) het gemeentelijke zorgbeleid. Het opbouwen van een sociaal decentraal zorgstelsel kreeg tot voor kort vaak voorrang boven het organiseren van toezicht en handhaving wat betreft kwaliteit en rechtmatigheid. Bij toezicht en handhaving is de tijd van pionieren echter voorbij. Het organiseren van cliënt-gerichte zorg, professionele ruimte voor zorgaanbieders én het stellen van grenzen zijn een drie-eenheid. Een visie op toezicht en handhaving dient te worden ingebed in de vormgeving en praktijk van de Wmo-zorg en jeugdhulp. Dit vergt steun en sturing door de wethouder Zorg en door het ambtelijke topmanagement, want er zal qua personele kwantiteit en kwaliteit moeten worden geïnvesteed. Als dit gebeurt, komen frauderende netwerken in beeld en wordt zichtbaar dat forse sommen zorggeld (kunnen) weglekken. Dit maakt de aanpak van zorgfraude relevant voor de burgemeester (en voor de afdeling Veiligheid) en voor de wethouder Financiën. En uiteraard voor de gemeenteraad.

Het Nederlandse zorgstelsel is complex en fraudegevoelig. Dit rapport zoekt niet naar een algehele oplossing, maar naar maatregelen die binnen het bereik liggen van gemeenten (en regionale inkooporganisaties). Het is goed mogelijk om vooruitgang te boeken als weloverwogen standpunten worden ingenomen ten aanzien van de volgende vraagstukken:

1. **Screening en toetsing bij inkoop ('aan de voorkant')**, zodat: *a.*) het kaf wordt uitgesloten; *b.*) er een overzichtelijk speelveld is van zorgaanbieders (overzicht is noodzakelijk bij contractmanagement, indicatiestelling, en toezicht en handhaving); en *c.*) redundantie wordt gerealiseerd ('voldoende aanbieders', zodat er een alternatief is bij kwaliteitstekorten, fraude of oneigenlijk gebruik).
2. **Financieringsmethoden: anticipatie op risico's.** Aan elke financieringsmethode kleven risico's op fraude of oneigenlijk gebruik. Dit vraagt om risicobewustzijn én om flankerende maatregelen, zoals monitoring, toezicht, handhaving en een alerte toegangsorganisatie.
Als de grondslag van betalingen aan de zorgaanbieder in de kern bestaat uit het aantal cliënten (zoals bij taakgerichte en resultaatgerichte zorg – zie paragraaf 3.2 voor de verschillen), wordt de precieze invulling van de zorg (het 'hoe') in hoge mate in handen gelegd van de zorgaanbieder: 'ruimte voor professionals' is (vaak) het adagium. Het risico bestaat dat in de praktijk niet zozeer richting de cliënt wordt geoptimaliseerd, maar vanuit de personele en financiële belangen van de aanbieder. Als op cliëntniveau niet is omschreven welke zorg geleverd dient te worden, bemoeilijkt dit het rechtmatigheidsonderzoek.
Bij zogenoemde inspanningsgerichte financiering betaalt de gemeente per uur of dag tegen een gecontracteerd tarief. Dit legt de basis voor rechtmatigheidsonderzoek. Wel ligt in deze financiering een prikkel besloten om het volume van de zorg op te hogen.
3. **Toegangsorganisatie: een cruciaal vak.** Voor volume- en kostenbeheersing van de zorg én voor fraudebestrijding bestaat behoefte aan een alerte toegangsorganisatie die uitzoekt wat een cliënt écht nodig heeft. En die dus beziet wat de cliënt en de directe sociale omgeving zelf kunnen doen. Een onafhankelijke beoordeling van de situatie door toegangsmedewerkers is een belangrijk controle-element, want het is de basis van zorgtrajecten. Het vergt veel inhoudelijke en gedragsmatige competenties, hetgeen de vraag

oproept of (her)indiceren een specialisme behoort te zijn of onderdeel kan zijn van een generalistische taak (bijvoorbeeld in een wijkteam).

4. **Actieve preventie: volumebeheersing.** Actieve preventie betreft hulp en actie om te voorkomen dat problemen onnodig voortslepen of verergeren. Preventie kan worden bereikt met basisvoorzieningen (b.v. jongerenwerk), specifieke voorzieningen (bijvoorbeeld dag- ondersteuning voor ouderen) en via basiszorg. Die basiszorg wordt verleend door professionals in een wijkteam of door professionals die direct ingezet kunnen worden door een toegangsorganisatie. Dit levert een bijdrage aan het verminderen van de gelegenheidsstructuren voor zorgfraude. Immers, preventie van zwaardere problematiek reduceert het volume van kostbare specialistische zorg, inclusief fraudegevoelige vormen van zorg, zoals bijvoorbeeld dagbesteding op basis van een pgb. Het draagt bij aan de overzichtelijkheid van de lokale zorgmarkt, hetgeen contractmanagement en toezicht vergemakkelijkt.
5. **Partnerschap met (gecontracteerde) zorgaanbieders.** Bij positieve fraudebestrijding is het belangrijk om gestalte te geven aan het relatiebeheer met (gecontracteerde) zorgaanbieders die (hebben bewezen te) voldoen aan criteria wat betreft kwaliteit en integriteit. Dat reduceert de gelegenheidsstructuren voor zorgfraude. Toch dient contractmanagement met 'erkende' aanbieders meer te zijn dan louter horizontaal relatiebeheer, omdat fraude of oneigenlijk gebruik ook mogelijk is bij (onderaannemers van) gecontracteerde zorgaanbieders. Dit vergt monitoring: horizontaal (bijsturing vanuit de relatie) en verticaal (zoeken naar indicatoren van zorgfraude).
6. **Handhaving en toezicht: een volwaardige pijler.** Toezicht en handhaving vergen een voldragen plaats in de vormgeving en praktijk van de lokale Wmo-zorg en jeugdhulp. Dit vergt steun en sturing door de wethouder Zorg en door het ambtelijke topmanagement. Toezicht en handhaving komen niet van de grond als het in handen wordt gelegd van een (te) klein team met een (te) beperkte taakopdracht. De zogenoemde 'Routekaart Toezicht, Handhaving en Naleving Wmo 2015 en Jeugdwet' van VNG Naleving benoemt elementaire (gemeentelijke) opdrachten, namelijk: *a.)* creëer bewustwording en draagvlak voor preventie, toezicht en handhaving; *b.)* stel een visie en een handhavingsbeleidsplan vast en vertaal dit naar concreet handhavingsbeleid; *c.)* richt een meldpunt zorgfraude in; *d.)* richt rechtmatigheidsonderzoek in; en *e.)* richt kwaliteitsonderzoek in.
7. **Informatie.** Wat kunnen gemeenten doen om de informatiedeling en het inzicht (de informatiepositie) over zorgfraude te verbeteren? Het opzetten van een fraude-meldpunt is een onmisbare stap. Daarnaast komen de volgende gemeentelijke informatieopdrachten in beeld: *a.)* organiseer een heldere registratie over fraude(signalen), lopende onderzoeken en de output; *b.)* regel (b.v. via een privacy-protocol) informatiedeling over signalen omtrent (mogelijke) zorgfraude binnen de gemeentelijke organisatie, met name tussen de veiligheidsafdeling en (toezichthouders op) het sociaal domein; *c.)* zorg, wat betreft de combinatie van zorgfraude met (georganiseerde) criminaliteit, bij de analyse en aanpak voor inbedding in RIEC-structuren; en *d.)* zoek aansluiting bij het Informatie Knooppunt Zorgfraude.

De bovenstaande vraagstukken en thema's zijn bestanddelen van gemeentelijke inspanningen gericht op fraudebestrijding en kostenbeheersing. Het overzicht formuleert vragen die moeten worden beantwoord en helpt bij het zoeken naar een politiek-bestuurlijke en professionele praktijk die past bij de lokale situatie. Om dit zoek- en besluitvormingsproces te stimuleren, kunnen op gemeenteniveau audits worden uitgevoerd. Die zijn gericht op het (meer) fraudebestendig maken van de lokale Wmo-zorg en jeugdhulp. Het voordeel van een audit en audit-kader is dat het - anders dan een normenkader of evaluatiekader - ruimte biedt voor decentrale beleidsvrijheid, terwijl tegelijkertijd overeenstemming zal ontstaan over datgene wat gemeenten minimaal staat te doen.

Colofon

Dit rapport is opgesteld door dr. Edward van der Torre van LokaleZaken.