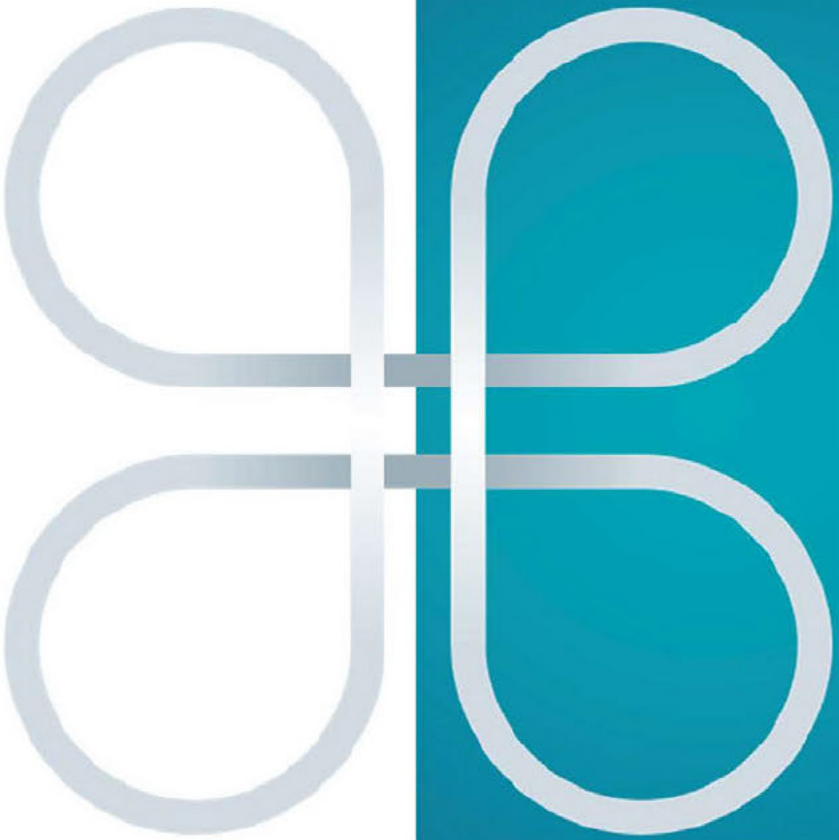
1.

Frauderisico's in de ggz

Concept rapport

27 mei 2021



informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
1.3 Doel van het onderzoek ... 3
1.4 Onderzoeksvragen ... 4
1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector ggz ... 5
2.1 Afbakening van het begrip ggz ... 5
2.2 Kengetallen sector ... 5
2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Aard, omvang en impact van fraude in de ggz ... 10
3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden ... 10
3.2 Omvang van de fraude(signalen) ... 12
3.3 Impact van de verschillende fraudevormen ... 14
4 Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz ... 16
4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het frauderisico ... 16
4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico ... 18
Conclusies ... 20
Bijlage ... 22

1. Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot Zorgbrede Risico Analyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal.

Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd of deze onderdeel moeten worden van dit onderzoek naar risico's, en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. De ggz is één van deze sectoren. Meerdere partners geven aan geïnteresseerd te zijn in nader onderzoek naar frauderisico's in de ggz, bijvoorbeeld omdat deze sector reeds prioriteit heeft in het eigen beleid, en/of omdat er weinig zicht op de frauderisico's is, maar er wel signalen over zijn.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de ggz aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector ggz die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector, 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude en 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kenmerken van de sector ggz

1. Wat is de definitie van ggz en welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengetallen van de sector ggz, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op de ggz?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op ggz?

Aard, omvang en ernst van fraude in de ggz

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de ggz?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van de fraude in de ggz?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de ggz, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de ggz[2]?

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is deskresearch gedaan naar kengetallen en de kenmerken van de sector zoals de geldende wet- en regelgeving in de ggz.
- Daarna is een expertgroep georganiseerd waarin fraudevormen in de ggz zijn besproken en kenmerken zijn benoemd die frauderisico's in de ggz kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over de sector die bij kunnen dragen aan het frauderisico.
  De expertgroep bestond uit de volgende deelnemers:
  - Een beleidsmedewerker van de NZa op het gebied van toezicht op de ggz
  - Een senior inspecteur van de IGJ
  - Een senior medewerker veiligheidszaken van VGZ
- De fraudevormen en hypothesen zijn hierna in een vragenlijst voorgelegd aan acht zorgverzekeraars[3] om te toetsen of deze bevestigd worden. Ook is via de vragenlijst informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019 en 2020 over ggz zijn ontvangen door deze zorgverzekeraars.

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

[3] Deze acht zorgverzekeraars vertegenwoordigen gezamenlijk 95% van het marktaandeel wat betreft aantal verzekerden.

2. Kenmerken van de sector ggz

2.1 Afbakening van het begrip ggz

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[4], beperken we ons het met het begrip ggz tot de *geneeskundige* geestelijke gezondheidszorg. Dit begrip is als volgt gedefinieerd:

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden.

De term *geneeskundig* in de definitie duidt erop dat de behandeling gericht is op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis. De omschrijving noemt zorg *zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden*, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 2.3).

De geneeskundige ggz omvat de *generalistische basis-ggz* en *gespecialiseerde ggz*. In de basis-ggz worden lichte tot matige psychische problemen behandeld. De gespecialiseerde ggz is bedoeld voor zwaardere psychische problemen.

Geneeskundige ggz wordt veelal vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekeringswet (Zvw) indien er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5[5]. In sommige gevallen kan de geneeskundige ggz worden bekostigd uit de Wet langdurige zorg (Wlz), namelijk indien iemand langer dan drie jaar met behandeling verblijft in een instelling.

Geestelijke gezondheidszorg die *niet* onder het begrip geneeskundige ggz valt en dus geen deel uitmaakt van dit onderzoek, is:

- zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de Jeugdwet,
- zorg door huisartsen en praktijkondersteuners,
- beschermd wonen voor personen met een psychische stoornis die wordt bekostigd uit de Wmo
- GGZ-wonen vanuit de Wlz, waarbij sprake is van een blijvende behoefte is aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid[6].

2.2 Kengetallen sector

De NZa publiceert op haar website cijfers over de ggz in de periode 2015 -2018. Hierin zijn de volgende kerncijfers te zien:

Aantal cliënten

In 2018 maakten ruim **780.000 cliënten** gebruik van de geneeskundige ggz. Van hen maakten 30% gebruik van generalistische basis ggz, 70% van gespecialiseerde ggz, en 0,3% van langdurige ggz[7].

Aantal aanbieders

Tabel 1 laat het aantal aanbieders in de ggz zien per type ggz, met onderscheid naar vrijgevestigden en instellingen.

[4] Zie bijlage.

[5] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

[6] Het gaat hierbij om beschermd wonen voor mensen met een blijven zorgbehoefte, die voorheen vanuit de Wmo werd bekostigd. Anders dan bij geneeskundige ggz is de focus van deze zorg begeleiding en niet behandeling.

[7] https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz. Bezocht op 20-04-2021.

Tabel 1 Aantal aanbieders ggz 2018*

	Vrijgevestigden	Instellingen
Basis ggz	1.411	172
Gespecialiseerde ggz	1.518	267
Langdurige ggz		34
Totaal**	**2.217**	**314**

Bron: NZa/Vektis.

** Vrijgevestigden met een omzet van minder dan € 30.000 en instellingen met een omzet van minder dan € 250.000 niet mee zijn genomen in deze aantallen.*

*** Omdat zorgaanbieders meerdere soorten ggz kunnen leveren, bevatten de cellen in deze tabel dubbelingen, en zijn de totalen lager dan de optelsom van de bovenstaande cellen.*

Uit tabel 1 is af te lezen dat in 2018 ruim **300 instellingen** en ruim **2.200 vrijgevestigden** ggz leverden. Vrijgevestigden met een omzet van minder dan €30.000 en instellingen met een omzet van minder dan €250.000 zijn echter niet meegenomen in deze aantallen. Het feitelijk aantal aanbieders zal daarom hoger zijn. Uit een analyse van Vektis data over 2020, komen ongeveer **4.500 unieke ondernemingen** (instellingen en vrijgevestigden) naar voren die ggz leveren.

Financiële omvang

De financiële omvang van de ggz (op basis van de kosten) was in 2018 **€3,8 miljard**[8]. Hiervan heeft 90% betrekking op gespecialiseerde ggz, 6% op basis ggz en 4% op langdurige ggz.

2.3 Kenmerken van de sector

In deze alinea beschrijven we de kenmerken van de sector ggz aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

1. Toegang voor zorgaanbieders

Om toegang te krijgen tot de zorgmarkt zijn de volgende wetten en procedures relevant voor aanbieders van ggz:

- Wet Toelating Zorginstellingen (Wtzi): een zorgaanbieder die ggz wil leveren, dient te beschikken over een Wtzi toelating. Hiervoor worden verschillende eisen gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot structuur, toezicht, financiële administratie en verantwoording.
- VOG voor medewerkers: voor nieuwe medewerkers in de Wlz zorg en intramurale ggz (zorg met verblijf) geldt de verplichting om een VOG (Verklaring Omtrent Gedrag) te overleggen.
- Betrokkenheid regiebehandelaar: conform het Kwaliteitsstatuut GGZ moet er een regiebehandelaar betrokken zijn bij de ggz.

Vanuit zorgverzekeraars worden veelal aanvullende eisen gesteld voor contractering van ggz-aanbieders, bijvoorbeeld:

- Werken volgens het kwaliteitsstatuut.
- Een LVVP-/NIP-visitatie, ofwel de instelling moet een bezoek hebben gehad van de LVVP (de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten) of van de NIP (Nederlands instituut van psychologen) ter kwaliteitscontrole;

[8] https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz. Bezocht op 20-04-2021.

- Keurmerk Basis GGZ, ontwikkeld in samenspraak met belangenorganisaties in de ggz.

Hoewel ggz ook geleverd kan worden door ongecontracteerde aanbieders (aan wie verzekeraars niet deze eisen kunnen stellen), is een ruime meerderheid van de zorg gecontracteerd. Zo rapporteert de NZa in de monitor contractering ggz dat rond 80% van de (responderende) instellingen en vrijgevestigden een contract heeft met één of meerdere Zorgverzekeraars[9]. Vektis rapporteert voor het jaar 2017 een percentage van 6,9% van de kosten van de ggz voor niet-gecontracteerde zorg[10].

2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering

De toegang tot de ggz verloopt in de regel via de huisarts[11]. Lichte psychische problematiek kan ook worden behandeld door de praktijkondersteuner ggz (POH ggz). Zorg door de huisarts of POH ggz valt echter buiten het kader van deze analyse (die zorg valt in het begrippenkader van de TIZ namelijk onder huisartsenzorg). Indien nodig verwijst de huisarts naar de generalistische basis-ggz (bij lichte tot matige psychische problemen) of de gespecialiseerde ggz (bij ernstige psychische problemen.) Deze zorg valt onder de zorgverzekeringswet en hiervoor geldt een eigen risico.
Binnen de gespecialiseerde ggz is het mogelijk om te verblijven in de instelling waar men wordt behandeld. Indien dit verblijf met behandeling langer duurt dan drie jaar, dan wordt de zorg na deze drie jaar gefinancierd vanuit de Wlz. Hiervoor dient een aanvraag te worden gedaan bij het CIZ. Voor deze zorg geldt een eigen bijdrage.

In tabel 2 is de toegang en financiering weergegeven van de ggz die binnen de kaders van dit onderzoek valt (in paragraaf 2.1 is deze afbakening nader toegelicht).

Tabel 2 Toegang en bekostiging ggz

	Toegang/indicatiestelling	Financiering	Eigen risico/bijdrage
Generalistische basis-ggz	Huisarts of andere toegestane verwijzer	Zvw	Eigen risico
Gespecialiseerde ggz	Huisarts of andere toegestane verwijzer	Zvw	Eigen risico
Voortgezet verblijf (> 3 jaar)	CIZ	Wlz	Eigen bijdrage

3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

De generalistische basis-ggz bestaat uit hulp, consulten en/of e-health door een psycholoog of een psychiater. De gespecialiseerde ggz bestaat uit begeleiding (vaak door een gespecialiseerd verpleegkundige), behandeling en/of opname in een instelling.

Geneeskundige ggz (zowel basis- als gespecialiseerd) kan geleverd worden door vrijgevestigde therapeuten of door ggz-instellingen. Bij de behandeling is één zorgverlener aangewezen als regiebehandelaar. Het 'regiebehandelaarschap' binnen de ggz mag volgens het door de sector opgestelde Kwaliteitsstatuut GGZ worden uitgevoerd door de volgende vrijgevestigden: gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychiater. Bij zorg door een instelling komen hier de volgende beroepen bij: de verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater en verslavingsarts.

[9] Monitor contractering ggz, NZa 2020.
[10] Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde ggz 2016-2019 – macro-cijfers, Vektis 2019.
[11] In het document 'Afspraken verwijzing Geestelijke Gezondheidszorg' worden nog enkele andere mogelijke verwijzers benoemd, zoals een psychiater of een bedrijfsarts.

4. Registeren en declareren van zorg

Voor de bekostiging van geneeskundige ggz zijn door de NZa beleidsregels opgesteld. Deze beleidsregels beschrijven de prestaties die kunnen worden gedeclareerd, en stellen hier maximale tarieven voor vast. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen welke prestaties zijn leveren, en tegen welk tarief.

Voor de **generalistische basis-ggz** zijn door de NZa vier integrale prestaties onderscheiden, namelijk Kort; Middel; Intensief en Chronisch.

De prestaties voor **gespecialiseerde ggz** zijn vastgesteld in de vorm van dbc's (diagnose behandelcombinaties) en zzp's (zorgzwaartepakketten). De dbc's hebben betrekking op diagnostiek en behandeling, en worden bepaald op basis van de diagnose en het aantal geregistreerde minuten. Voor deze minutenregistratie mag zowel de directe als de indirecte patiëntgebonden tijd (zoals verslaglegging) geregistreerd worden.

Indien een patiënt langer dan een jaar verblijft met behandeling in een ggz-instelling (**langdurige ggz**), verschuift de bekostiging van dbc's naar zzp's. De zzp's verschillen van elkaar in de mate van intensiteit van de behandeling, begeleiding en verzorging.

Nieuwe bekostiging ggz per 2022

Vanaf 2022 wordt de ggz op een andere wijze bekostigd. Het huidige systeem van bekostiging door middel van dbc's en zzp's verdwijnt en daarvoor in de plaats komt het ***Zorgprestatiemodel***.

Aanleiding voor het nieuwe model zijn diverse knelpunten binnen de huidige bekostiging. De verschillende soorten van bekostiging voor basis ggz en gespecialiseerde ggz, en het onderscheid tussen dbc's en zzp's, maken het systeem complex. De vergoeding van een prestatie verhoudt zicht niet altijd goed tot de geleverde zorg. Ook brengt de noodzaak tot minutenregistratie relatief veel administratieve lasten met zich mee. De nieuwe bekostiging beoogt deze knelpunten op te lossen.

De kern van de bekostiging door middel van het zorgprestatiemodel is als volgt:

- Geleverde prestaties bepalen de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt voor de geleverde zorg.
- Prestaties zijn bijvoorbeeld consulten of een overnachting in de kliniek. De vergoeding voor een consult is afhankelijk van factoren zoals de duur (15 minuten, 30 minuten, 45 minuten, etc), het beroep van de zorgverlener, en of het om een individueel dan wel groepsconsult gaat. De vergoeding voor verblijf is onder andere afhankelijk van de duur en het beveiligingsniveau.
- De basis-ggz, de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg[12] krijgen dezelfde prestaties.
- Er vindt geen minutenregistratie meer plaats, noch voor directe noch voor indirecte tijd. De kosten voor indirecte tijd worden zijn genormeerd en geïntegreerd in de tarieven.

[12] Forensische zorg is geen onderdeel van het begrip ggz conform het TIZ begrippenkader, en daarom geen onderwerp van deze rapportage.

6. *Toezicht*

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van ggz. Zo worden locaties bezocht van zorgaanbieders waar risico's zijn voor de veiligheid en kwaliteit van de zorg, op basis van de analyse van diverse informatiebronnen: risico gestuurd toezicht. Bij dit bezoek wordt de kwaliteit en veiligheid getoetst door middel van een toetsingskader ggz. Daarnaast vindt ook incidententoezicht plaats, naar aanleiding van calamiteiten. Indien tekortkomingen worden vastgesteld kan de IGJ verschillende maatregelen opleggen.

Ook de NZa houdt toezicht op de ggz, namelijk dat zorgaanbieders hun behandelingen volgens de geldende regelgeving registeren en in rekening brengen. Ook ziet de NZa erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan hun zorgplicht (toegankelijkheid van zorg) en dat de nota voor de cliënt transparant is. Signalen van regelovertreding bespreekt de NZa met zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Eventueel legt de NZa een maatregel op zoals een boete.

Zorgverzekeraars zien er op toe dat de declaraties van zorgaanbieders rechtmatig zijn. Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieder vooraf afspraken hebben gemaakt in het kader van horizontaal toezicht, zien de zorgaanbieders er zelf op toe dat de zorg goed wordt geregistreerd en gedeclareerd.
Indien er signalen zijn van mogelijke fraude door een zorgaanbieder, kan dit leiden tot nader onderzoek door de zorgverzekeraar.

3. Aard, omvang en impact van fraude in de ggz

3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingebracht zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de ggz. Deze fraudevormen zijn voorgelegd aan de expertgroep, en gezamenlijk nader gespecificeerd en aangevuld. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van voorkomende fraudevormen in de ggz geleid.

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Onbevoegde behandelaar/ geen juiste toepassing regiebehandelaarschap
- Misbruik van AGB code van zorgverlener die niet werkzaam is voor de aanbieder
- Onvoldoende veiligheid, onjuiste bejegening/bedreiging cliënten
- Onnodige/ondoelmatige zorg
- Onjuist gebruik van declaratieregels (zoals max tarieven, afsluitregels)
- Onterechte diagnoses stellen /onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren
- Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
- Meer uren declareren dan geleverd
- Teveel indirecte tijd declareren
- Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is
- Dubbel declareren (bv. zowel binnen Zvw als Wmo)
- Ondeugdelijk bestuur (bv. geen raad van toezicht, wegsluizen van winsten)
- Faillissementsfraude

Deze vormen lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de expertgroep.

Onbevoegde behandelaar/ geen juiste toepassing regiebehandelaarschap

Bij sommige fraudesignalen wordt gezien dat de regiebehandelaar onvoldoende gekwalificeerd is of onvoldoende wordt ingezet. Ook wordt zorg soms verleend door andere (ondeskundige) personen dan geregistreerd. Een zorgverzekeraar ziet bijvoorbeeld dat een regiebehandelaar veelvuldig wordt opgevoerd, maar gezien de caseload niet de tijd aan cliënten kan besteden die je conform de kwaliteitsnormen zou verwachten. De zorg wordt dan naar verwachting vooral geleverd door minder gekwalificeerde zorgverleners. De cliënt krijgt hiermee niet de benodigde kwaliteit van zorg.

Misbruik van AGB code van zorgverlener die niet werkzaam is voor de aanbieder

Om ggz te kunnen declareren is een AGB code van een regiebehandelaar noodzakelijk. Vandaar dat er fraudevormen worden gezien zoals het verkopen/verhuren of misbruiken van AGB codes van regiebehandelaars die in feite niet werken voor de zorginstelling.

Onvoldoende veiligheid, onjuiste bejegening/bedreiging cliënten

In de signalen die met het IKZ worden gedeeld zien we soms dat cliënten onjuist worden bejegend of zelfs bedreigd, veelal gepaard gaande met te weinig of slechte zorg.

Onnodige/ondoelmatige zorg

Voorbeelden van het leveren van onnodige/ondoelmatige zorg zijn het onnodig langer doorbehandelen om in een hogere dbc uit te komen, of het stellen van extra diagnosen om een cliënt langer te kunnen behandelen.

Onjuist gebruik van declaratieregels

De NZa stelt regels op voor registeren en declareren in de ggz. Soms worden deze regels overtreden, het gaat dan bijvoorbeeld over declareren boven het maximale tarief, of het afsluiten en daarna opnieuw openen van een dbc om extra te kunnen declareren.

Onterechte diagnoses stellen /onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren
Niet alle diagnoses komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Zo wordt bijvoorbeeld de behandeling van een aanpassingsstoornis of burn-out niet vergoed. Om dit te omzeilen, kan een behandelaar een diagnose aanpassen zodat de zorg verzekerd is.

Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
Een zorgverzekeraar ziet bijvoorbeeld dat er ggz wordt gedeclareerd terwijl er geen ggz is geleverd maar bijvoorbeeld Wmo-zorg, yoga of fysiotherapie. Deze zorg kan een onderdeel zijn van een (klinische) dbc, maar mag niet de hoofdvorm van de geleverde zorg zijn. Een ander voorbeeld is dat basis ggz wordt gedeclareerd als specialistische ggz. Of dat er individuele behandeling wordt gedeclareerd terwijl er groepsbehandeling is geleverd.
Een zorgverzekeraars ziet ook dat er bijvoorbeeld ambulante zorg wordt gedeclareerd in plaats van klinische dbc's, om het machtigingsbeleid (bij verblijf) van de zorgverzekeraar te omzeilen.

Meer uren declareren dan geleverd
De klassieke 'upcoding': er wordt meer tijd in rekening gebracht dan geleverd, consulten worden 'opgeplust'. Door meer tijd te registreren kan een hogere dbc worden gedeclareerd.

Teveel indirecte tijd declareren
Conform de huidige regels mag indirecte patiëntgebonden tijd in de dbc worden geregistreerd, maar er zijn wel regels over wat wel en niet geldt als indirecte patiëntgebonden tijd. Zo is het niet toegestaan administratieve zaken zoals het inplannen van een nieuwe afspraak, het bellen van een patiënt om een afspraak te verzetten, het sturen van een mail, et cetera, te declareren.
In 2019 heeft het IKZ extra aandacht besteed aan instellingen die opvallend hoge winsten maken. In de ggz blijken veel van deze instellingen bovengemiddeld veel indirecte tijd te declareren: een signaal dat het registreren van indirecte tijd mogelijk onrechtmatig wordt ingezet om meer omzet te genereren.

Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is
Er zijn ook signalen van het declareren van consulten of behandelingen die in het geheel niet hebben plaatsgevonden.

Dubbel declareren
Bij dubbel declareren is er bijvoorbeeld sprake van het declareren van dezelfde zorg binnen verschillende domeinen, zoals binnen de Zvw en de Wmo. Ook komt het voor dat de zorg zowel bij de cliënt zelf als bij de verzekeraar in rekening wordt gebracht.

Ondeugdelijk bestuur
Het IKZ krijgt signalen van instellingen waarbij sprake is van ongewenste zaken die we scharen onder noemer 'ondeugdelijk bestuur'. Voorbeelden zijn dat er geen raad van toezicht is, of dat er winsten worden weggesluisd. Er is sprake van onvoldoende transparantie over de kwaliteit en rechtmatigheid van de zorg. De leden van de expertgroep geven aan dat hier voorbeelden van bekend zijn maar dat het om een kleine groep aanbieders gaat. Daarbij wordt benadrukt dat het binnen de ggz zeker mogelijk is om op rechtmatige wijze hoge winsten te boeken, bijvoorbeeld door eenmanszaken die veel uren per week maken en weinig kosten hebben.

Faillissementsfraude
Tot slot zien we ook in de ggz voorbeelden van aanbieders die, terwijl een onderzoek naar fraude loopt, (vermoedelijk opzettelijk) failliet gaan. Vervolgens kan de onderneming onder een nieuwe naam opnieuw starten en onder de radar blijven.

Frauderisico's in het nieuwe Zorgprestatiemodel

Omdat er vanaf 2022 een nieuwe bekostiging is voor de ggz (zoals beschreven in paragraaf 2.3) zullen vanaf dat moment de frauderisico's in de sector deels veranderen.

Een van de doelen van de nieuwe bekostiging is het verwijderen van ongewenste prikkels uit het systeem. Zo verdwijnt de prikkel om telkens net meer tijd te schrijven/te besteden om zo over de grens van een nieuwe dbc te gaan en een hoger bedrag te kunnen declareren. Ook telt indirecte tijd niet meer mee voor de declaratie, aangezien deze reeds als opslag op het tarief van de directe tijd is meegenomen in de nieuwe bekostiging. Hiermee wordt naar verwachting voorkomen dat er, zoals nu soms het geval is, indirecte tijd wordt gedeclareerd die niet mag worden geschreven.

Ook is het in de huidige situatie zo dat als er ergens in de behandeling tijd door de regiebehandelaar wordt geschreven, de rest van de uren in de behandeling door lager personeel kan worden geschreven, met mogelijk gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. In het nieuwe bekostigingsmodel wordt voor de declaratie uitgegaan van het aantal consulten, de setting waar de zorg wordt geleverd en de beroepsgroep die de zorg levert. De hoop is dat de declaratie hiermee beter te controleren wordt en er minder prikkels zijn om zorg te leveren door onbevoegd personeel.

Het is overigens wel mogelijk dat de nieuwe bekostiging weer nieuwe frauderisico's met zich meebrengt. Zo kan er bijvoorbeeld een verkeerde setting gekozen worden om en hoger bedrag te kunnen declareren, of langere consulten. De NZa heeft een uitvoeringstoets uitgevoerd op fraude en handhaving van het nieuwe bekostigingsmodel, en gaat mogelijke frauderisico's in het nieuwe systeem monitoren[13].

3.2 Omvang van de fraude(signalen)

Zoals ook voor andere zorgsectoren geldt, is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de totale omvang van fraude in de ggz. Zo is fraude niet altijd zichtbaar, en ook worden niet alle signalen van fraude onderzocht. En ook met onderzoek is het vaak moeilijk fraude aan te tonen, onder andere omdat hiervoor opzet dient te worden aangetoond.

Om toch iets over de omvang van het frauderisico in de ggz te kunnen zeggen, rapporteren we hier over het aantal signalen dat IKZ-partners hebben samengebracht in het Verzamelpunt Zorgfraude, het aantal signalen van fraude dat zorgverzekeraars rapporteren, en de omvang van de vastgestelde fraude door zorgverzekeraars.

Aantal signalen bij het IKZ

Tabel 3 Aantal signalen over ggz gedeeld binnen het IKZ

Jaar	Aantal signalen
2018	61
2019	67
2020	51

In de afgelopen periode zijn er per jaar zo'n 50 tot 60 signalen van fraude in de ggz bij het IKZ gemeld. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al of niet melden bij het IKZ, en de criteria hierbij kunnen verschillen. Daarbij betreft een fraudesignaal ook niet (altijd) vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de ggz.

[13] Toets op fraude en handhaving van het 'Zorgprestatiemodel ggz en fz'. NZa, 14 juli 2020.

Wel constateren we dat de ggz zowel in 2019 als 2020 in de top 4 stond van de zorgsoorten waarover de meeste fraudemeldingen bij het IKZ zijn gedaan. In vergelijking met de meeste andere sectoren lijkt het frauderisico in de ggz daarom relatief hoog.

Aantal signalen bij zorgverzekeraars

In een vragenlijst is aan acht zorgverzekeraars gevraagd hoeveel signalen van fraude in de ggz zij hebben ontvangen in 2019 en 2020. Alle acht zorgverzekeraars hebben deze vragenlijst ingevuld.

Het aantal gerapporteerde signalen verschilt sterk per zorgverzekeraar. Vijf van de acht zorgverzekeraars hebben in deze periode van twee jaar (2019-2020) tussen de tien en de twintig signalen ontvangen, maar er zijn ook uitschieters naar boven: twee zorgverzekeraars rapporteren respectievelijk 62 en 151 signalen in totaal. Het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar is hiervoor niet de verklaring, aangezien de zorgverzekeraar die 151 signalen rapporteert relatief klein is.

Een verklaring voor de verschillen is deels gelegen in de selectiecriteria die verzekeraars toepassen bij het rapporteren van een fraudesignaal, sommige rapporteren alle signalen, en anderen alleen de signalen die zijn onderzocht of als onderzoekswaardig zijn beoordeeld. Maar ook dit is niet de enige verklaring, aangezien sommige (relatief grote) zorgverzekeraar aangeven al hun signalen opgegeven te hebben, en toch een relatief laag aantal rapporteren.

Te concluderen is dat vanwege verschillende werkwijzen en criteria van zorgverzekeraars, de aantallen fraudesignalen niet zomaar bij elkaar kunnen worden opgeteld om een indruk te krijgen van het totaal aantal fraudesignalen.

Vastgestelde fraude

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rapporteert jaarlijks over de aantallen vastgestelde fraude door zorgverzekeraars. In tabel 4 is weergegeven hoeveel fraude er in de jaren 2017-2019 door zorgverzekeraars in de ggz is vastgesteld.

Tabel 4 Vastgestelde fraude in de ggz door zorgverzekeraars

Jaar	Relatief aandeel totale fraude	Fraude bedrag
2017	14%	€3,8 miljoen
2018	26%	€5,3 miljoen
2019	2%	€1,6 miljoen

Bron: Rapportages resultaten fraudebeheersing 2017-2018-2019, Zorgverzekeraars Nederland

In de periode van 2017 t/m 2019, werd in 2018 zowel in absolute als relatieve zin de meeste fraude in de ggz vastgesteld. De sector ggz kwam in dat jaar op de tweede plaats van alle zorgsectoren wat betreft de omvang van de fraude. In 2017 kwam de sector ggz op de derde plaats. In 2019 is relatief en absoluut een opvallend laag fraudebedrag in de ggz vastgesteld. Uit de rapportage blijkt echter dat er dat jaar veel onderzoeken waren waarbij fraude in de ggz weliswaar niet kon worden vastgesteld, maar het vermoeden bleef bestaan. Met deze onderzoeken is nog een aanvullend bedrag van €4,2 miljoen gemoeid (in de overige jaren was dat bedrag ongeveer €0,5 miljoen).

Signalen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg

Hoewel dit rapport gaat over fraude, is gebrekkige kwaliteit van de zorg ook een relevant aspect, aangezien er een duidelijke samenhang is tussen signalen over fraude en onvoldoende kwaliteit. We noemen hier daarom enkele cijfers over meldingen met betrekking tot kwaliteit van de ggz, gebaseerd op rapportages van de IGJ.

In het Jaarbeeld 2019 rapporteert de IGJ 490 meldingen van zorgaanbieders of zorgverleners over incidenten in de ggz. Deze sector komt daarmee op de vijfde plaats van alle zorgsectoren. Deze meldingen betreffen incidenten zoals suïcides/suïcidepogingen of seksueel overschrijdend gedrag.
De IGJ ontvangt ook klachten van burgers. In 2019 werden 1.181 klachten ontvangen over ggz, de sector komt daarmee op de eerste plaats wat betreft het aantal klachten. Het gaat bij deze klachten vooral om (onvoldoende) professioneel handelen, het oneens zijn met medisch handelen, de bejegening, en gebruik van dwang- en drang.

3.3 Impact van de verschillende fraudevormen

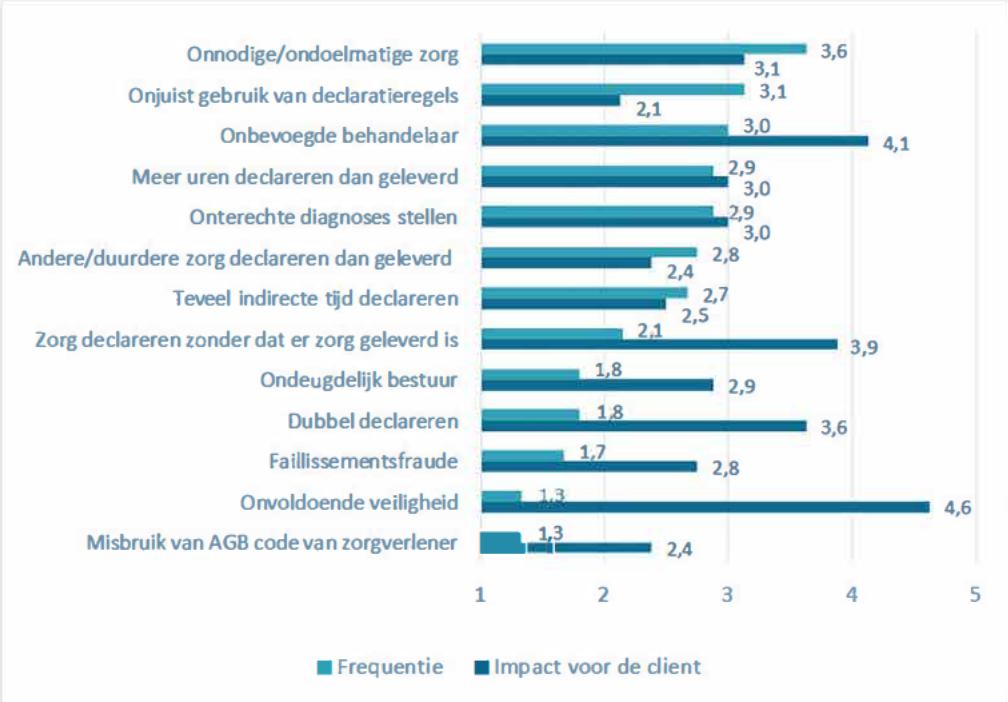
Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact.

Wat betreft de financiële impact kunnen we weinig harde conclusies trekken. We weten niet wat de totale financiële omvang van fraude in de ggz is (slechts de vastgestelde fraude zoals in tabel 4 weergegeven), laat staan dat we kunnen zeggen wat de financiële impact per fraudevorm is. Wel kan algemeen gesteld worden dat naarmate een fraudevorm vaker voorkomt, de financiële impact hiervan waarschijnlijk groter zal zijn.

In de vragenlijst voor zorgverzekeraars zijn de verschillende fraudevormen, die in overleg met de expertgroep zijn vastgesteld, voorgelegd. Hierbij is de vraag gesteld hoe vaak men deze fraudevorm ziet, binnen de eigen ggz-signalen. Ook is per fraudevorm gevraagd hoe men de impact voor de cliënt, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm, inschat. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5[14].

In figuur 1 zijn de gemiddelde scores van de zorgverzekeraars weergegeven op de vragen naar de frequentie en de impact van de verschillende fraudevormen.

Figuur 1: Frequentie en impact van fraudevormen volgens zorgverzekeraars



Bron: vragenlijst onder 8 zorgverzekeraars

[14] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt vrijwel nooit voor' en score 5 voor 'dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.

De fraudevorm die zorgverzekeraars het meest zien is het leveren van onnodige of ondoelmatig zorg (bijvoorbeeld het langer doorbehandelen om in een hogere dbc uit te komen). Andere fraudevormen die relatief vaak voorkomen zijn het onjuist gebruik van declaratieregels, zorg leveren door een onbevoegde behandelaar, meer uren declareren dan geleverd en het stellen van onterechte diagnoses (veelal om verzekerde zorg te kunnen leveren).

Als we kijken naar de negatieve impact voor de cliënt, komen deels andere fraudevormen naar voren. Logischerwijs zijn het vooral de fraudevormen die resulteren in onvoldoende veiligheid, onvoldoende kwaliteit en/of kwantiteit van de zorg, die een negatieve impact hebben. Vanzelfsprekend wordt de negatieve impact van onvoldoende veiligheid als zeer ernstig beoordeeld, en ook het leveren van zorg door een onbevoegde behandelaar, het declareren van zorg zonder dat er zorg geleverd is en het dubbel declareren worden als ernstig voor de cliënt beschouwd (deze laatste waarschijnlijk vooral in financieel opzicht).

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 5 is onderscheid gemaakt naar fraudevormen met hoge frequentie en/of impact[15].

Tabel 5 Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor de cliënt
Onnodige/ondoelmatige zorg leveren	X	X
Onbevoegde behandelaar	X	X
Meer uren declareren dan geleverd	X	X
Onterechte diagnoses stellen	X	X
Teveel indirecte tijd declareren	X	X
Onjuist gebruik van declaratieregels	X	
Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd	X	
Onvoldoende veiligheid		X
Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is		X
Ondeugdelijk bestuur		X
Faillissementsfraude		X

Bron: vragenlijst onder 8 zorgverzekeraars

[15] Voor 'hoog' is uitgegaan van een score van 2,5 of hoger.

4 Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in sector ggz:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen hebben we hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, gebaseerd op onze kennis en ervaring op het gebied van zorgfraude. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken van de sector ggz die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, dat wederom is voorgelegd in een vragenlijst aan zorgverzekeraars.

Het vervolg van dit hoofdstuk benoemt allereerst deze kenmerken, en de input die de expertgroep hierop heeft geleverd, om vervolgens aan de hand van het oordeel van de experts en zorgverzekeraars in te gaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdrage leveren aan de frauderisico's in de ggz.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

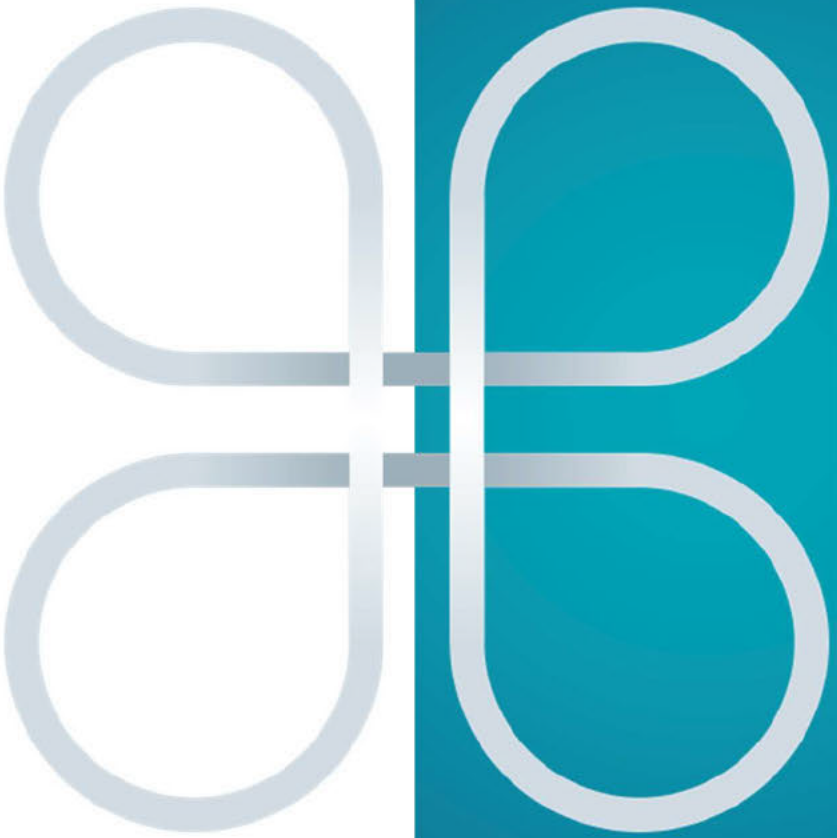
[redacted]

Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de ggz is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Ggz	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden. **Bron: Besluit Zvw, artikel 1.**	Om overlap met andere begrippen uit te sluiten beperken we ons bij dit begrip tot de *geneeskundige* ggz. De Geneeskundige ggz omvat de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Zvw. Als een verzekerde langer dan 3 jaar verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit Wlz. NB. De omschrijving noemt zorg **zoals** klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 'zorgverleners'). Zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de jeugdwet, en zorg door huisartsen en praktijkondersteuners, zijn bij dit begrip uitgesloten. Voor die zorg zijn andere begrippen beschikbaar (bijvoorbeeld Beschermd wonen, Begeleiding, Jeugdhulp en Huisartsenzorg).	Wettelijk kader: Zvw, Wlz, aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: personen (>18) met een psychische stoornis (volgens de DSM) Zorgverleners: het 'regiebehandelaarschap' binnen de ggz mag volgens het door de sector opgestelde Kwaliteitsstatuut GGZ worden uitgevoerd door de volgende vrijgevestigden: gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychiater. Bij zorg door een instelling komen hier de volgende beroepen bij: de verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater en verslavingsarts.



ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Frauderisico's in de ggz

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 4
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector ggz ... 5
   2.1 Afbakening van het begrip ggz ... 5
   2.2 Kengetallen sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Aard, omvang en impact van fraude in de ggz ... 9
   3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden ... 9
   3.2 Omvang van de fraude(signalen) ... 12
   3.3 Impact van de verschillende fraudevormen ... 13
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz ... 15
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het frauderisico ... 16
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico ... 18
5. Conclusie ... 20

Bijlage ... 23

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot Zorgbrede Risico Analyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd of deze meegenomen moeten worden in dit vervolgonderzoek naar risico's, en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. De ggz is één van deze sectoren. Meerdere partners geven aan geïnteresseerd te zijn in nader onderzoek naar frauderisico's in de ggz, bijvoorbeeld omdat deze sector reeds prioriteit heeft in het eigen beleid, en/of omdat er weinig zicht op de frauderisico's is, maar er wel signalen over zijn.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de sector ggz aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector ggz die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector, 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude en 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kenmerken van de sector ggz

1. Wat is de definitie van ggz en welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengetallen van de sector ggz, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op de ggz?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op ggz?

Aard, omvang en ernst van fraude in de ggz

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de ggz?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van de fraude in de ggz?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de ggz, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de ggz[2]?

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is deskresearch gedaan naar kengetallen en de kenmerken van de sector zoals de geldende wet- en regelgeving in de ggz.
- Daarna is een expertgroep georganiseerd waarin fraudevormen in de ggz zijn besproken en kenmerken zijn benoemd die frauderisico's in de ggz kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over de sector die bij kunnen dragen aan het frauderisico.
  De expertgroep bestond uit de volgende deelnemers:
  - Een beleidsmedewerker van de NZa op het gebied van toezicht op de ggz
  - Een senior inspecteur van de IGJ
  - Een senior medewerker veiligheidszaken van VGZ
- De fraudevormen en hypothesen zijn hierna in een vragenlijst voorgelegd aan acht zorgverzekeraars[3] om te toetsen of deze bevestigd worden. Ook is via de vragenlijst informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019 en 2020 over ggz zijn ontvangen door deze zorgverzekeraars.

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

[3] Deze acht zorgverzekeraars vertegenwoordigen gezamenlijk 95% van het marktaandeel wat betreft aantal verzekerden.

2. Kenmerken van de sector ggz

2.1 Afbakening van het begrip ggz

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[4], beperken we ons het met het begrip ggz tot de *geneeskundige* geestelijke gezondheidszorg. Dit begrip is als volgt gedefinieerd:

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden.

De term *geneeskundig* in de definitie duidt erop dat de behandeling gericht is op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis. De omschrijving noemt zorg *zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden*, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 2.3).

De geneeskundige ggz omvat de *generalistische basis-ggz* en *gespecialiseerde ggz*. In de basis-ggz worden lichte tot matige psychische problemen behandeld. De gespecialiseerde ggz is bedoeld voor zwaardere psychische problemen.

Geneeskundige ggz wordt veelal vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekeringswet (Zvw) indien er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5[5]. In sommige gevallen kan de geneeskundige ggz worden bekostigd uit de Wet langdurige zorg (Wlz), namelijk indien iemand langer dan drie jaar met behandeling verblijft in een instelling[6].

Geestelijke gezondheidszorg die *niet* onder het begrip geneeskundige ggz valt en dus geen deel uitmaakt van dit onderzoek, is:

- zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de Jeugdwet,
- zorg door huisartsen en praktijkondersteuners,
- beschermd wonen voor personen met een psychische stoornis die wordt bekostigd uit de Wmo
- GGZ-wonen vanuit de Wlz, waarbij sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid[7].

2.2 Kengetallen sector

De NZa publiceert op haar website cijfers over de ggz in de periode 2015 -2018. Hierin zijn de volgende kerncijfers te gerapporteerd:

Aantal cliënten

In 2018 maakten ruim **780.000 cliënten** gebruik van de geneeskundige ggz. Van hen maakten 30% gebruik van generalistische basis ggz, 70% van gespecialiseerde ggz, en 0,3% van langdurige ggz[8].

Aantal aanbieders

Tabel 1 laat het aantal aanbieders in de ggz zien per type ggz, met onderscheid naar vrijgevestigden (zelfstandig werkenden) en instellingen.

[4] Zie bijlage.

[5] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

[6] Sinds 2021 is er ook direct toegang tot de Wlz voor mensen die hun leven lang ggz nodig hebben, dit betreft echter geen geneeskundige ggz maar GGZ- wonen en valt daarom buiten dit onderzoek.

[7] Het gaat hierbij om beschermd wonen voor mensen met een blijvende zorgbehoefte, die voorheen vanuit de Wmo werd bekostigd. Anders dan bij geneeskundige ggz is de focus van deze zorg begeleiding en niet behandeling.

[8] https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz. Bezocht op 20-04-2021.

Tabel 1. *Aantal aanbieders ggz 2018**

	Vrijgevestigden	Instellingen
Basis ggz	1.411	172
Gespecialiseerde ggz	1.518	267
Langdurige ggz		34
Totaal**	2.217	314

Bron: NZa/Vektis.

*** Vrijgevestigden met een omzet van minder dan € 30.000 en instellingen met een omzet van minder dan € 250.000 niet mee zijn genomen in deze aantallen.*

**** Omdat zorgaanbieders meerdere soorten ggz kunnen leveren, bevatten de cellen in deze tabel dubbelingen, en zijn de totalen lager dan de optelsom van de bovenstaande cellen.*

Uit tabel 1 is af te lezen dat in 2018 ruim **300 instellingen** en ruim **2.200 vrijgevestigden** ggz leverden. Vrijgevestigden met een omzet van minder dan €30.000 en instellingen met een omzet van minder dan €250.000 zijn echter niet meegenomen in deze aantallen. Het feitelijk aantal aanbieders zal daarom hoger zijn. Uit een analyse van Vektis data over 2020, komen ongeveer **4.500 unieke ondernemingen** (instellingen en vrijgevestigden) naar voren die ggz leveren.

Financiële omvang

De financiële omvang van de ggz (op basis van de kosten) was in 2018 **€3,8 miljard**[9]. Hiervan heeft 90% betrekking op gespecialiseerde ggz, 6% op basis ggz en 4% op langdurige ggz.

2.3 Kenmerken van de sector

In deze alinea beschrijven we de kenmerken van de sector ggz aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

1. Toegang voor zorgaanbieders

Om toegang te krijgen tot de zorgmarkt zijn de volgende wetten en procedures relevant voor aanbieders van ggz:

- Wet Toelating Zorginstellingen (Wtzi): een zorgaanbieder die ggz wil leveren, dient te beschikken over een Wtzi toelating. Hiervoor worden verschillende eisen gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot structuur, toezicht, financiële administratie en verantwoording[10].
- VOG voor medewerkers: voor nieuwe medewerkers in de Wlz zorg en intramurale ggz (zorg met verblijf) geldt de verplichting om een VOG (Verklaring Omtrent Gedrag) te overleggen.
- Betrokkenheid regiebehandelaar: conform het Kwaliteitsstatuut GGZ moet een regiebehandelaar betrokken zijn bij de ggz. De regiebehandelaar coördineert het zorgproces en is eerste aanspreekpunt voor de cliënt.

[9] https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz. Bezocht op 20-04-2021.

[10] Per 01-01-2022 wordt de Wtzi vervangen door de Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders). De Wtza introduceert een meldplicht, een vergunningplicht en de eis van een onafhankelijk intern toezichthouder. Hiermee wordt onder meer beoogd het risico gestuurde toezicht van de (IGJ) op zorgaanbieders te verbeteren.

Vanuit zorgverzekeraars worden veelal aanvullende eisen gesteld voor contractering van ggz-aanbieders, bijvoorbeeld:

- Werken volgens het (door organisaties van patiënten, zorgaanbieders, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars opgestelde) Landelijke Kwaliteitsstatuut GGZ.
- Een LVVP-/NIP-visitatie, ofwel de instelling moet een bezoek hebben gehad van de LVVP (de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten) of van de NIP (Nederlands instituut van psychologen) ter kwaliteitscontrole;
- Keurmerk Basis GGZ, ontwikkeld in samenspraak met belangenorganisaties in de ggz.

Hoewel ggz ook geleverd kan worden door ongecontracteerde aanbieders (aan wie verzekeraars niet deze eisen kunnen stellen), is een ruime meerderheid van de zorg gecontracteerd. Zo rapporteert de NZa in de monitor contractering ggz dat rond 80% van de (responderende) instellingen en vrijgevestigden een contract heeft met één of meerdere Zorgverzekeraars[11]. Vektis rapporteert voor het jaar 2017 een percentage van 6,9% van de kosten van de ggz voor niet-gecontracteerde zorg[12].

2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering

De toegang tot de ggz verloopt in de regel via de huisarts[13]. Lichte psychische problematiek kan ook worden behandeld door de praktijkondersteuner ggz (POH ggz). Zorg door de huisarts of POH ggz valt echter buiten het kader van deze analyse (die zorg valt in het begrippenkader van de TIZ namelijk onder huisartsenzorg). Indien nodig verwijst de huisarts naar de generalistische basis-ggz (bij lichte tot matige psychische problemen) of de gespecialiseerde ggz (bij ernstige psychische problemen). Deze zorg valt onder de zorgverzekeringswet en hiervoor geldt een eigen risico.

Binnen de gespecialiseerde ggz is het mogelijk om te verblijven in de instelling waar men wordt behandeld. Indien dit verblijf met behandeling langer duurt dan drie jaar, dan wordt de zorg na deze drie jaar gefinancierd vanuit de Wlz. Hiervoor dient een aanvraag te worden gedaan bij het CIZ. Voor deze zorg geldt een eigen bijdrage.

In tabel 2 is de toegang en financiering weergegeven van de ggz die binnen de kaders van dit onderzoek valt (in paragraaf 2.1 is deze afbakening nader toegelicht).

Tabel 2. *Toegang en bekostiging geneeskundige ggz*

	Toegang/indicatiestelling	Financiering	Eigen risico/bijdrage
Generalistische basis-ggz	Huisarts of andere toegestane verwijzer	Zvw	Eigen risico
Gespecialiseerde ggz	Huisarts of andere toegestane verwijzer	Zvw	Eigen risico
Voortgezet verblijf (> 3 jaar)	CIZ	Wlz	Eigen bijdrage

3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

Geneeskundige ggz (zowel basis- als gespecialiseerd) kan geleverd worden door vrijgevestigde therapeuten of door ggz-instellingen. De generalistische basis-ggz kan bestaan uit hulp, consulten en/of e-health, geleverd door bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of psychotherapeut. De gespecialiseerde ggz bestaat uit behandeling, eventueel in combinatie met begeleiding, en/of opname in een instelling.

[11] Monitor contractering ggz, NZa 2020.

[12] Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde ggz 2016-2019 – macro-cijfers, Vektis 2019.

[13] In het document 'Afspraken verwijzing Geestelijke Gezondheidszorg' worden nog enkele andere mogelijke verwijzers benoemd, zoals een psychiater of een bedrijfsarts.

Conform het Kwaliteitsstatuut GGZ moet een regiebehandelaar betrokken zijn bij de ggz. De regiebehandelaar coördineert het zorgproces en is eerste aanspreekpunt voor de cliënt. In december 2020 is een nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ[14] gepubliceerd, waarin, afhankelijk van de fase van het zorgproces, twee soorten regiebehandelaarschap worden onderscheiden: het indicerend regiebehandelaarschap (gedurende de fase van indicatiestelling) en het coördinerend regiebehandelaarschap (tijdens de behandeling). Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ beschrijft welke taken, verantwoordelijkheden en competenties bij deze rollen horen, en welke beroepen, genoemd in de Wet BIG, deze rollen mogen vervullen.

4. Registeren en declareren van zorg

Voor de bekostiging van geneeskundige ggz zijn door de NZa beleidsregels opgesteld. Deze beleidsregels beschrijven de prestaties die kunnen worden gedeclareerd, en stellen hier maximale tarieven voor vast. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen welke prestaties zij leveren, en tegen welk tarief.

Voor de **generalistische basis-ggz** zijn door de NZa vier integrale prestaties onderscheiden, namelijk Kort; Middel; Intensief en Chronisch.

De prestaties voor **gespecialiseerde ggz** zijn vastgesteld in de vorm van dbc's (diagnose behandelcombinaties) en ZZP's (zorgzwaartepakketten). De dbc's hebben betrekking op diagnostiek en behandeling. Afhankelijk van het aantal geregistreerde minuten worden binnen een dbc verschillende productgroepen onderscheiden. Voor deze minutenregistratie mag zowel de directe als de indirecte patiëntgebonden tijd (zoals verslaglegging) geregistreerd worden. Behalve diagnostiek en behandeling kunnen binnen de dbc deelprestaties worden geregistreerd zoals verblijfsdagen.

Indien een patiënt langer dan een jaar verblijft met behandeling in een ggz-instelling (**langdurige ggz**), verschuift de bekostiging van dbc's naar ZZP's. De ZZP's verschillen van elkaar in de mate van intensiteit van de behandeling, begeleiding en verzorging.

Nieuwe bekostiging ggz per 2022

Vanaf 2022 wordt de ggz op een andere wijze bekostigd. Het huidige systeem van bekostiging door middel van dbc's en ZZP's verdwijnt en daarvoor in de plaats komt het ***Zorgprestatiemodel.*** Aanleiding voor het nieuwe model zijn diverse knelpunten binnen de huidige bekostiging. De verschillende soorten van bekostiging voor basis ggz en gespecialiseerde ggz, en het onderscheid tussen dbc's en ZZP's, maken het systeem complex. De vergoeding van een prestatie verhoudt zich niet altijd goed tot de geleverde zorg. Ook brengt de noodzaak tot minutenregistratie relatief veel administratieve lasten met zich mee. De nieuwe bekostiging beoogt deze knelpunten op te lossen.

De kern van de bekostiging door middel van het zorgprestatiemodel is als volgt:

- Geleverde prestaties bepalen de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt voor de geleverde zorg.
- Prestaties zijn bijvoorbeeld consulten of een overnachting in de kliniek. De vergoeding voor een consult is afhankelijk van factoren zoals de duur (15 minuten, 30 minuten, 45 minuten, etc.), het beroep van de zorgverlener, en of het om een individueel dan wel groepsconsult gaat. De vergoeding voor verblijf is onder andere afhankelijk van de duur en het beveiligingsniveau.
- De basis-ggz, de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg* krijgen dezelfde prestaties.
- Er vindt geen minutenregistratie meer plaats, noch voor directe noch voor indirecte tijd. De kosten voor indirecte tijd worden zijn genormeerd en geïntegreerd in de tarieven.

*Forensische zorg is geen onderdeel van het begrip ggz conform het TIZ begrippenkader, en daarom geen onderwerp van deze rapportage.

[14] https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf

5. Toezicht

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de ggz. De IGJ verzamelt gegevens en selecteert risico's in de zorg. Op basis van de gesignaleerde risico's legt de IGJ bezoeken af aan instellingen en netwerken in de GGZ om te onderzoeken hoe de kwaliteit van zorg geregeld is. Het kan gaan om algemene kwaliteitsaspecten of specifieke risico's of thema's waar onderzoek naar wordt gedaan. De IGJ probeert risico's tijdig te signaleren en aan te moedigen wat goed gaat. Bij dit bezoek wordt de kwaliteit en veiligheid getoetst door middel van een toetsingskader ggz.
Daarnaast vindt incidententoezicht plaats, naar aanleiding van calamiteiten. Indien tekortkomingen worden vastgesteld kan de IGJ verschillende maatregelen opleggen.

Ook de NZa houdt toezicht op de ggz, namelijk dat zorgaanbieders hun behandelingen volgens de geldende regelgeving registreren en in rekening brengen. Ook ziet de NZa erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan hun zorgplicht (toegankelijkheid van zorg) en dat de nota voor de cliënt transparant is. Signalen van regelovertreding bespreekt de NZa met zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Eventueel legt de NZa een maatregel op zoals een boete.

Zorgverzekeraars zien er op toe dat de declaraties van zorgaanbieders rechtmatig zijn. Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieder vooraf afspraken hebben gemaakt in het kader van horizontaal toezicht, zien de zorgaanbieders er zelf op toe dat de zorg goed wordt geregistreerd en gedeclareerd.
Indien er signalen zijn van mogelijke fraude door een zorgaanbieder, kan dit leiden tot nader onderzoek door de zorgverzekeraar.

3. Aard, omvang en impact van fraude in de ggz

3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingebracht zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de ggz. Deze fraudevormen zijn voorgelegd aan de expertgroep, en gezamenlijk nader gespecificeerd en aangevuld. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van voorkomende fraudevormen in de ggz geleid.

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Onbevoegde behandelaar/ geen juiste toepassing regiebehandelaarschap
- Misbruik van AGB code van zorgverlener die niet werkzaam is voor de aanbieder
- Onvoldoende veiligheid, onjuiste bejegening/bedreiging cliënten
- Onnodige/ondoelmatige zorg
- Onjuist gebruik van declaratieregels (zoals max tarieven, afsluitregels)
- Onterechte diagnoses stellen /onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren
- Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
- Meer uren declareren dan geleverd
- Teveel indirecte tijd declareren
- Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is
- Dubbel declareren (bv. zowel binnen Zvw als Wmo)
- Ondeugdelijk bestuur (bv. geen raad van toezicht, wegsluizen van winsten)
- Faillissementsfraude

Deze vormen lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de expertgroep.

Onbevoegde behandelaar/ geen juiste toepassing regiebehandelaarschap
Bij sommige fraudesignalen wordt gezien dat de regiebehandelaar onvoldoende gekwalificeerd is of onvoldoende wordt ingezet. Ook wordt zorg soms verleend door andere (ondeskundige) personen dan geregistreerd. Een zorgverzekeraar ziet bijvoorbeeld dat een regiebehandelaar veelvuldig wordt opgevoerd, maar gezien de caseload niet de tijd aan cliënten kan besteden die je conform de kwaliteitsnormen zou verwachten. De zorg wordt dan naar verwachting vooral geleverd door minder gekwalificeerde zorgverleners. Dit kan betekenen dat de zorg niet rechtmatig wordt gedeclareerd en/of de cliënt niet de benodigde kwaliteit van zorg krijgt.

Misbruik van AGB code van zorgverlener die niet werkzaam is voor de aanbieder
Om ggz te kunnen declareren is een AGB code van een regiebehandelaar noodzakelijk. Vandaar dat er fraudevormen worden gezien zoals het verkopen/verhuren of misbruiken van AGB codes van regiebehandelaren die in feite niet werken voor de zorginstelling.

Onvoldoende veiligheid, onjuiste bejegening/bedreiging cliënten
In de signalen die met het IKZ worden gedeeld zien we soms dat cliënten onjuist worden bejegend of zelfs bedreigd, veelal gepaard gaande met te weinig of slechte zorg.

Onnodige/ondoelmatige zorg
Voorbeelden van het leveren van onnodige/ondoelmatige zorg zijn het onnodig langer doorbehandelen om in een hogere productgroep uit te komen, of het stellen van meerdere (opeenvolgende) diagnosen om een cliënt langer te kunnen behandelen.

Onjuist gebruik van declaratieregels
De NZa stelt regels op voor registeren en declareren in de ggz. Soms worden deze regels overtreden, het gaat dan bijvoorbeeld over declareren boven het maximale tarief, of het vroegtijdig afsluiten en daarna opnieuw openen van een dbc om extra te kunnen declareren.

Onterechte diagnoses stellen /onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren
Niet alle diagnoses komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Zo wordt de behandeling van een aanpassingsstoornis of burn-out niet vergoed. Om dit te omzeilen, kan een behandelaar een diagnose aanpassen zodat de zorg alsnog gedeclareerd kan worden.

Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
Een zorgverzekeraar ziet bijvoorbeeld dat er ggz wordt gedeclareerd terwijl er geen ggz is geleverd maar bijvoorbeeld Wmo-zorg, yoga of fysiotherapie. Fysiotherapie kan in specifieke gevallen een onderdeel zijn van een (klinische) dbc, maar mag niet de hoofdvorm van de geleverde zorg zijn. Een ander voorbeeld is dat basis ggz wordt gedeclareerd als specialistische ggz. Of dat er individuele behandeling wordt gedeclareerd terwijl er groepsbehandeling is geleverd. Een zorgverzekeraar ziet ook dat er bijvoorbeeld relatief dure ambulante zorg wordt gedeclareerd in plaats van klinische dbc's (waarbij sprake is van verblijf), vermoedelijk om het machtigingsbeleid (bij verblijf) van de zorgverzekeraar te omzeilen.

Meer uren declareren dan geleverd
De klassieke 'upcoding': er wordt meer tijd in rekening gebracht dan geleverd, consulten worden 'opgeplust'. Door meer tijd te registreren kan een hogere productgroep binnen de dbc worden gedeclareerd.

Teveel indirecte tijd declareren
Conform de huidige regels mag indirecte patiëntgebonden tijd in de dbc worden geregistreerd, maar er zijn wel regels over wat wel en niet geldt als indirecte patiëntgebonden tijd. Zo is het niet toegestaan administratieve zaken zoals het

inplannen van een nieuwe afspraak, het bellen van een patiënt om een afspraak te verzetten, het sturen van een mail, et cetera, te declareren.
In 2019 heeft het IKZ extra aandacht besteed aan instellingen die opvallend hoge winsten maken. In de ggz blijken veel van deze instellingen bovengemiddeld veel indirecte tijd te declareren: een signaal dat het registreren van indirecte tijd mogelijk onrechtmatig wordt ingezet om meer omzet te genereren.

Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is

Er zijn ook signalen van het declareren van consulten of behandelingen die in het geheel niet hebben plaatsgevonden.

Dubbel declareren

Bij dubbel declareren is er bijvoorbeeld sprake van het declareren van dezelfde zorg binnen verschillende domeinen, zoals binnen de Zvw en de Wmo. Ook komt het voor dat de zorg zowel bij de cliënt zelf als bij de verzekeraar in rekening wordt gebracht. Een voorbeeld is dat de cliënt gevraagd wordt de behandeling ter plekke te betalen, of een eigen bijdrage af te rekenen, terwijl deze ook gedeclareerd wordt bij de verzekeraar.

Ondeugdelijk bestuur

Het IKZ krijgt signalen van instellingen waarbij sprake is van ongewenste zaken die we scharen onder noemer 'ondeugdelijk bestuur'. Voorbeelden zijn dat er geen raad van toezicht is, of dat er winsten worden weggesluisd. Er is sprake van onvoldoende transparantie over de kwaliteit en rechtmatigheid van zorg. De expertgroep geeft aan dat hier voorbeelden van bekend zijn maar dat het om een kleine groep aanbieders gaat. Daarbij wordt benadrukt dat het binnen de ggz mogelijk is om op rechtmatige wijze hoge winsten te boeken, bijvoorbeeld door eenmanszaken die veel uren per week maken en weinig (overhead) kosten hebben.

Faillissementsfraude

Tot slot zien we ook in de ggz voorbeelden van aanbieders die, terwijl een onderzoek naar fraude loopt, (vermoedelijk opzettelijk) failliet gaan. Vervolgens kan de onderneming onder een nieuwe naam doorstarten en onder de radar blijven.

Frauderisico's in het nieuwe Zorgprestatiemodel

Omdat er vanaf 2022 een nieuwe bekostiging is voor de ggz (zoals beschreven in paragraaf 2.3) zullen vanaf dat moment de frauderisico's in de sector deels veranderen. Een van de doelen van de nieuwe bekostiging is het verwijderen van ongewenste prikkels uit het systeem. Zo verdwijnt de prikkel om telkens net meer tijd te schrijven/te besteden om zo over de grens van een nieuwe productgroep te gaan en een hoger bedrag te kunnen declareren. Ook telt indirecte tijd niet meer mee voor de declaratie en wordt er geen indirecte tijd meer geschreven. Indirecte tijd is reeds als opslag op het tarief van de directe tijd meegenomen in de nieuwe bekostiging. Hiermee wordt voorkomen dat er, zoals nu soms het geval is, indirecte tijd wordt gedeclareerd die niet mag worden geschreven.
Ook is het in de huidige situatie zo dat als er ergens in de behandeling tijd door de regiebehandelaar wordt geschreven, de rest van de uren in de behandeling door lager personeel kan worden geschreven, met mogelijk gevolgen voor de kwaliteit van de zorg.
In het nieuwe bekostigingsmodel wordt voor de declaratie uitgegaan van het aantal consulten, de setting waar de zorg wordt geleverd en de beroepsgroep die de zorg levert. Iedere beroepsgroep heeft daarbij een eigen tarief. Hierdoor is het niet meer mogelijk is om lager geschoold personeel in te zetten tegen een hoog tarief. Daarnaast is de verwachting dat declaraties hierdoor beter controleerbaar worden.
Het is overigens wel mogelijk dat de nieuwe bekostiging weer nieuwe frauderisico's met zich meebrengt. Zo kunnen er bijvoorbeeld mogelijk langere consulten worden gedeclareerd dan daadwerkelijk gerealiseerd, of wordt mogelijk een verkeerde setting gekozen om een hoger bedrag te kunnen declareren. De NZa heeft een uitvoeringstoets uitgevoerd op fraude en handhaving van het nieuwe bekostigingsmodel, en gaat mogelijke frauderisico's in het nieuwe systeem monitoren*.

*Toets op fraude en handhaving van het 'Zorgprestatiemodel ggz en fz'. NZa, 14 juli 2020.

3.2 Omvang van de fraude(signalen)

Zoals ook voor andere zorgsectoren geldt, is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de totale omvang van fraude in de ggz. Zo is fraude niet altijd zichtbaar, en ook worden niet alle signalen van fraude onderzocht. En ook met onderzoek is het vaak moeilijk fraude aan te tonen, onder andere omdat hiervoor opzet dient te worden aangetoond.

Om toch iets over de omvang van het frauderisico in de ggz te kunnen zeggen, rapporteren we hier over het aantal signalen dat IKZ-partners hebben samengebracht in het Verzamelpunt Zorgfraude, het aantal signalen van fraude dat zorgverzekeraars rapporteren, en de omvang van de vastgestelde fraude door zorgverzekeraars.

Aantal signalen bij het IKZ

Tabel 3. *Aantal signalen over ggz gedeeld binnen het IKZ*

Jaar	Aantal signalen
2018	61
2019	67
2020	51

In de afgelopen periode zijn er per jaar zo'n 50 tot 60 signalen van fraude in de ggz bij het IKZ gemeld. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al of niet melden bij het IKZ, en de criteria hierbij kunnen verschillen. Daarbij betreft een fraudesignaal ook niet (altijd) vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de ggz.

Wel constateren we dat de ggz zowel in 2019 als 2020 in de top 4 stond van de zorgsoorten waarover de meeste fraudemeldingen bij het IKZ zijn gedaan. In vergelijking met de meeste andere sectoren lijkt het frauderisico in de ggz daarom relatief hoog.

Aantal signalen bij zorgverzekeraars

In een vragenlijst is aan acht zorgverzekeraars gevraagd hoeveel signalen van fraude in de ggz zij hebben ontvangen in 2019 en 2020. Alle acht zorgverzekeraars hebben deze vragenlijst ingevuld.

Het aantal gerapporteerde signalen verschilt sterk per zorgverzekeraar. Vijf van de acht zorgverzekeraars hebben in deze periode van twee jaar (2019-2020) tussen de tien en de twintig signalen ontvangen, maar er zijn ook uitschieters naar boven: twee zorgverzekeraars rapporteren respectievelijk 62 en 151 signalen in totaal. Het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar is hiervoor niet de verklaring, aangezien de zorgverzekeraar die 151 signalen rapporteert relatief klein is.

Een verklaring voor de verschillen is deels gelegen in de selectiecriteria die verzekeraars toepassen bij het rapporteren van een fraudesignaal, sommige rapporteren alle signalen, en anderen alleen de signalen die zijn onderzocht of als onderzoekswaardig zijn beoordeeld. Maar ook dit is niet de enige verklaring, aangezien sommige (relatief grote) zorgverzekeraar aangeven al hun signalen opgegeven te hebben, en toch een relatief laag aantal rapporteren.

Te concluderen is dat vanwege verschillende werkwijzen en criteria van zorgverzekeraars, de aantallen fraudesignalen niet zomaar bij elkaar kunnen worden opgeteld om zo een indruk te krijgen van het totaal aantal fraudesignalen.

Vastgestelde fraude

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rapporteert jaarlijks over de aantallen vastgestelde fraude door zorgverzekeraars. In tabel 4 is weergegeven hoeveel fraude er in de jaren 2017-2019 door zorgverzekeraars in de ggz is vastgesteld.

Tabel 4. *Vastgestelde fraude in de ggz door zorgverzekeraars*

Jaar	Relatief aandeel totale fraude	Fraude bedrag
2017	14%	€3,8 miljoen
2018	26%	€5,3 miljoen
2019	2%	€1,6 miljoen

Bron: Rapportages resultaten fraudebeheersing 2017-2018-2019, Zorgverzekeraars Nederland

In de periode van 2017 t/m 2019, werd in 2018 zowel in absolute als relatieve zin de meeste fraude in de ggz vastgesteld. De sector ggz kwam in dat jaar op de tweede plaats van alle zorgsectoren wat betreft de omvang van de fraude. In 2017 kwam de sector ggz op de derde plaats. In 2019 is relatief en absoluut een opvallend laag fraudebedrag in de ggz vastgesteld. Uit de rapportage blijkt echter dat er dat jaar veel onderzoeken waren waarbij fraude in de ggz weliswaar niet kon worden vastgesteld, maar het vermoeden bleef bestaan. Met deze onderzoeken is nog een aanvullend bedrag van €4,2 miljoen gemoeid (in de overige jaren was dat bedrag ongeveer €0,5 miljoen).

Signalen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg

Hoewel dit rapport gaat over fraude, is gebrekkige kwaliteit van de zorg ook een relevant aspect, aangezien er een duidelijke samenhang is tussen signalen over fraude en onvoldoende kwaliteit. We noemen hier daarom enkele cijfers over meldingen met betrekking tot kwaliteit van de ggz, gebaseerd op rapportages van de IGJ.

In het Jaarbeeld 2019 rapporteert de IGJ 490 meldingen van zorgaanbieders of zorgverleners over incidenten in de ggz. Deze sector komt daarmee op de vijfde plaats van alle zorgsectoren. Deze meldingen betreffen bijvoorbeeld calamiteiten zoals suïcides/suïcidepogingen, geweld in de zorgrelatie, ontslag vanwege disfunctioneren of seksueel overschrijdend gedrag.
De IGJ ontvangt ook klachten van burgers. In 2019 werden 1.181 klachten ontvangen over ggz, de sector komt daarmee op de eerste plaats wat betreft het aantal klachten. Het gaat bij deze klachten vooral om (onvoldoende) professioneel handelen, het oneens zijn met medisch handelen, de bejegening, en gebruik van dwang- en drang.

3.3 Impact van de verschillende fraudevormen

Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact.

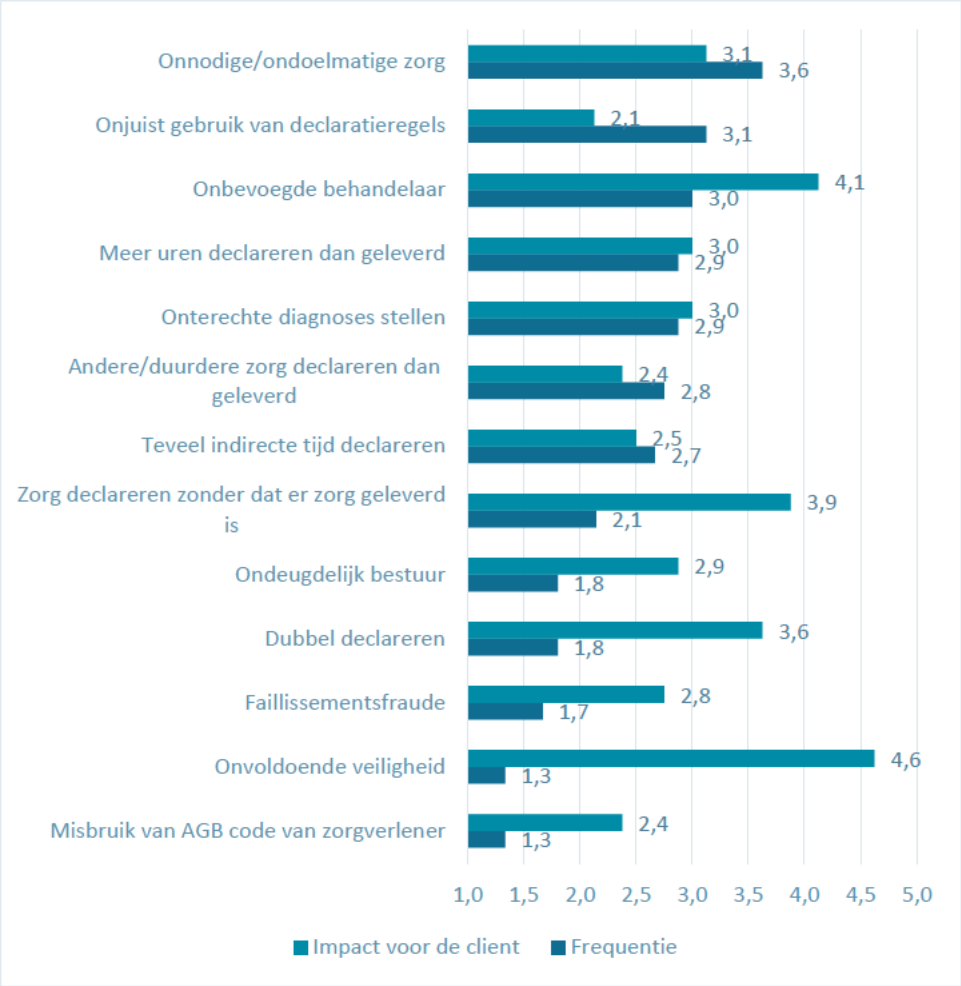
Wat betreft de financiële impact kunnen we weinig harde conclusies trekken. We weten niet wat de totale financiële omvang van fraude in de ggz is (slechts de vastgestelde fraude zoals in tabel 4 weergegeven), laat staan dat we kunnen zeggen wat de financiële impact per fraudevorm is. Wel kan algemeen gesteld worden dat naarmate een fraudevorm vaker voorkomt, de financiële impact hiervan waarschijnlijk groter zal zijn.

In de vragenlijst voor zorgverzekeraars zijn de verschillende fraudevormen, die in overleg met de expertgroep zijn vastgesteld, voorgelegd. Hierbij is de vraag gesteld hoe vaak men deze fraudevorm ziet, binnen de eigen ggz-signalen. Ook is per fraudevorm gevraagd hoe men de impact voor de cliënt, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm, inschat.

Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5[15].

In figuur 1 zijn de gemiddelde scores van de zorgverzekeraars weergegeven op de vragen naar de frequentie en de impact van de verschillende fraudevormen.

Figuur 1: *Frequentie en impact van fraudevormen volgens zorgverzekeraars*



Bron: vragenlijst onder 8 zorgverzekeraars

[15] **Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt vrijwel nooit voor' en score 5 voor 'dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.**

De fraudevorm die zorgverzekeraars het meest zien is het leveren van onnodige of ondoelmatig zorg (bijvoorbeeld het langer doorbehandelen om in een hogere productgroep uit te komen). Andere fraudevormen die relatief vaak voorkomen zijn het onjuist gebruik van declaratieregels (bijvoorbeeld dbc op een gunstig moment afsluiten en een nieuwe openen), zorg leveren door een onbevoegde behandelaar, meer uren declareren dan geleverd en het stellen van onterechte diagnoses (veelal om onverzekerde zorg als verzekerde zorg te kunnen leveren).

Als we kijken naar de negatieve impact voor de cliënt, komen deels andere fraudevormen naar voren. Logischerwijs zijn het vooral de fraudevormen die resulteren in onvoldoende veiligheid, onvoldoende kwaliteit en/of kwantiteit van de zorg, die een negatieve impact hebben. Vanzelfsprekend wordt de negatieve impact van onvoldoende veiligheid als zeer ernstig beoordeeld, en ook het leveren van zorg door een onbevoegde behandelaar, het declareren van zorg zonder dat er zorg geleverd is en het dubbel declareren worden als ernstig voor de cliënt beschouwd (deze laatste waarschijnlijk vooral in financieel opzicht).

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 5 is onderscheid gemaakt naar fraudevormen met hoge frequentie en/of impact[16].

Indien in de fraudeaanpak geprioriteerd zou worden op fraudevormen waarvan de zowel de impact als de frequentie hoog lijkt te zijn, komen (de bovenste) vijf fraudevormen naar voren. Het gaat hierbij vooral om zaken waarbij onnodige of onvoldoende zorg wordt geleverd, door onbevoegde personen en waarbij teveel wordt gedeclareerd.

Tabel 5. *Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact*

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor de cliënt
Onnodige/ondoelmatige zorg leveren	X	X
Onbevoegde behandelaar	X	X
Meer uren declareren dan geleverd	X	X
Onterechte diagnoses stellen	X	X
Teveel indirecte tijd declareren	X	X
Onjuist gebruik van declaratieregels	X	
Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd	X	
Onvoldoende veiligheid		X
Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is		X
Ondeugdelijk bestuur		X
Faillissementsfraude		X

Bron: vragenlijst onder 8 zorgverzekeraars

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in sector ggz:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

[16] Voor 'hoog' is uitgegaan van een score van 2,5 of hoger.

Aan de hand van deze vijf elementen hebben we hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, gebaseerd op onze kennis en ervaring op het gebied van zorgfraude. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken van de sector ggz die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, dat wederom is voorgelegd in een vragenlijst aan zorgverzekeraars.

Het vervolg van dit hoofdstuk benoemt allereerst deze kenmerken, en de input die de expertgroep hierop heeft geleverd, om vervolgens aan de hand van het oordeel van de experts en zorgverzekeraars in te gaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdrage leveren aan de frauderisico's in de ggz.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]
art 5.1, tweede lid, sub d

Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de ggz is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Afbakening begrip ggz conform TIZ begrippenkader

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Ggz	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden. **Bron: Besluit Zvw, artikel 1.**	Om overlap met andere begrippen uit te sluiten beperken we ons bij dit begrip tot de *geneeskundige* ggz. De Geneeskundige ggz omvat de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Zvw. Als een verzekerde langer dan 3 jaar verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit Wlz. NB. De omschrijving noemt zorg **zoals** klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 'zorgverleners'). Zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de jeugdwet, en zorg door huisartsen en praktijkondersteuners, zijn bij dit begrip uitgesloten. Voor die zorg zijn andere begrippen beschikbaar (bijvoorbeeld Beschermd wonen, Begeleiding, Jeugdhulp en Huisartsenzorg).	Wettelijk kader: Zvw, Wlz, aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: personen (>18) met een psychische stoornis (volgens de DSM) Zorgverleners: Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ beschrijft welke beroepen, genoemd in de Wet BIG, het regiebehandelaarschap mogen vervullen.

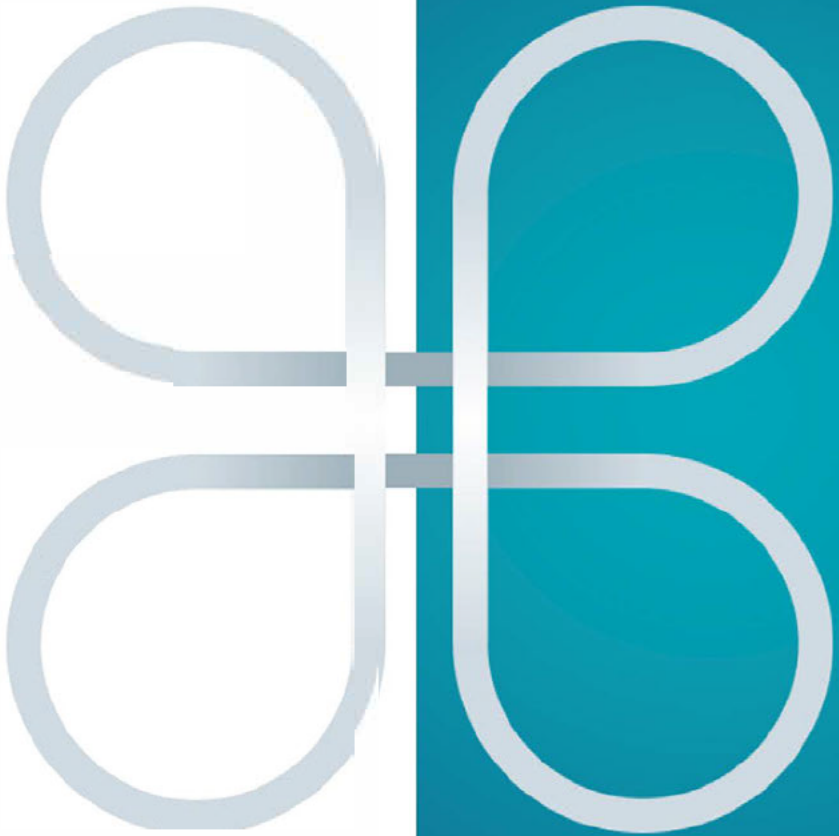
ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Sector-overkoepelende analyse fraude risico's

juni 2022



Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.2 Doel van het onderzoek ... 3
   1.3 Onderzoeksvragen ... 3
   1.4 Onderzoeksopzet ... 4
2. Overzicht van de sectoren ... 4
   2.1 Kengetallen omvang sectoren ... 4
   2.2 Overzicht over de context van de sectoren ... 6
   2.3 Kengetallen zorgfraude ... 8
3. Sector-overkoepelende patronen ... 9
   3.1 Patronen in fraudevormen ... 9
   3.2 Patronen in frauderisico's ... 10
   3.3 Beperkingen ... 12
4. Samenvatting ... 14
5. Conclusies en aanbevelingen ... 16
   5.1 Sectorspecifieke aanbevelingen ... 16
   5.2 Sector-overkoepelende aanbevelingen ... 19

Bijlagen ... 22

1. Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.1 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot zorgbrede risicoanalyse (ZBRA) uitgevoerd door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD. In 2019 is er in samenspraak met de partners voor gekozen om een vervolg op de ZBRA uit te voeren voor een selectie van zorgsoorten. Aan de hand van een uitvraag onder de partners is voor acht zorgsectoren nader onderzoek uitgevoerd. Dit zijn de sectoren:

- dagbesteding en begeleiding;
- farmacie;
- gehandicaptenzorg;
- ggz;
- jeugdhulp;
- mondzorg;
- verpleeghuiszorg; en
- wijkverpleging.

1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het overkoepelende rapport is om over de onderzochte zorgsectoren heen, op geaggregeerd niveau, relevante patronen te laten zien met betrekking tot de frauderisico's. Daarbij gaan wij in op de context van de sectoren ten opzichte van elkaar (kengetallen, actoren en relevante wetgeving), risicofactoren voor zorgfraude in de onderdelen van het zorgproces en (de gevolgen van) fraudevormen over sectoren heen. Op basis van deze analyse geven we concreet adviezen voor de handelingsperspectieven op sector-overkoepelend niveau en per sector.

1.3 Onderzoeksvragen

Beschrijving van de sectoren ten opzichte van elkaar

1. Welke overeenkomsten en verschillen zien we in de omvang van de sectoren?
2. Welke overeenkomsten en verschillen zien we in de context van de sectoren?
3. Hoe verhouden zich de sectoren ten opzichte van elkaar met betrekking tot het aantal fraudesignalen?

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA, voorheen de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

Sector-overkoepelend perspectief op fraudevormen

4. Welke overeenkomsten en verschillen zien we in de fraudevormen tussen de verschillende sectoren?
5. Zijn deze verschillen en overeenkomsten te verklaren?
6. Wat zijn de zwaarst wegende fraudevormen, gebaseerd op frequentie en impact voor cliënten?

Sector-overkoepelend perspectief op frauderisico's

7. Welke overeenkomsten en verschillen zien we in de frauderisico's tussen de verschillende sectoren?
8. In welke procesonderdelen, bijvoorbeeld toegang of toezicht, zien we veelvoorkomende en unieke frauderisico's?

Conclusies en aanbevelingen

9. Welke sector-overkoepelende thema's spelen een rol? Waar hebben we onvoldoende informatie over en hebben we mogelijke blinde vlekken?
10. Op basis van de bevindingen, wat voor aanbevelingen zijn er sector-overkoepelend en specifiek voor bepaalde sectoren om de fraudebestrijding te verbeteren?

1.4 Onderzoeksopzet

Algemene disclaimer data

Ook voor het overzichtsrapport gelden de beperkingen van de data zoals deze in de afzonderlijke sectoranalyses zijn beschreven. Door verschillende definities van fouten en fraude én door het beperkt aantal (geregistreerde) signalen kunnen de weergegeven cijfers niet als absolute aantallen beschouwd worden. Hiermee hebben we geen totaalbeeld van bijvoorbeeld de exacte omvang van fraude in de specifieke sectoren. De complexiteit van de data uit de deelrapporten hebben we voor het opstellen van het overkoepelend rapport enigszins moeten reduceren.

2. Overzicht van de sectoren

In de sectorrapporten zijn naast de informatie over fraude en frauderisico's ook de kenmerken van de sectoren beschreven. Omdat de sectoren daarin op verschillende manieren uiteenlopen, biedt dit hoofdstuk een overzicht hoe zich de sectoren tot elkaar verhouden. Daarbij gaan we in op de omvang van de sectoren (in kengetallen), de context van de sectoren en cijfers over zorgfraude.

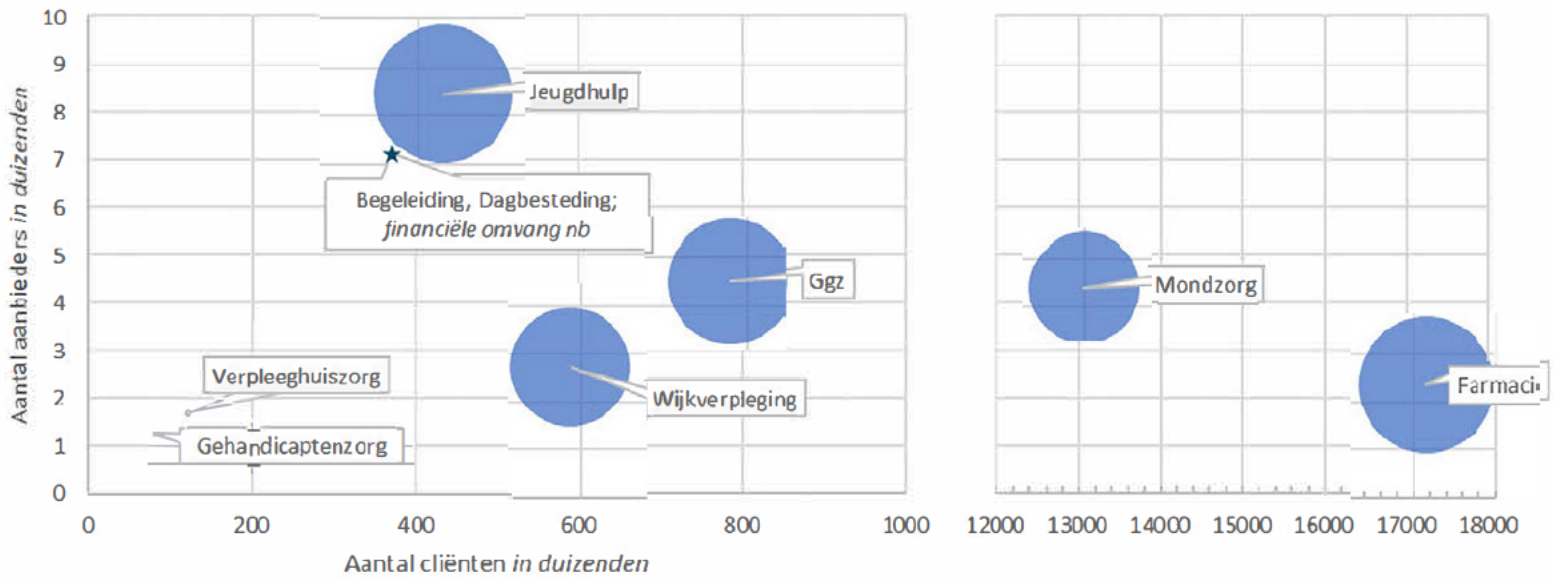
2.1 Kengetallen omvang sectoren

Omvang sector, aantallen cliënten en aantallen zorgaanbieders

In de sectorrapporten zijn de kengetallen van de sectoren weergegeven, zoals het aantal cliënten, het aantal aanbieders en de financiële omvang van een sector. Figuur 1 laat zien dat de sectoren op deze getallen sterk van elkaar verschillen.

Een aantal sectoren (zoals verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg) hebben in verhouding weinig cliënten, weinig aanbieders en een geringe financiële omvang. Farmacie -en in mindere mate mondzorg- is met grote afstand de sector met de meeste cliënten, terwijl het aantal aanbieders en de financiële omvang vergelijkbaar is met de middenmoot, zoals de ggz, wijkverpleging en jeugdhulp. Deze sectoren hebben een grote financiële omvang, een hoog aantal cliënten en variëren in het aantal aanbieders.

Figuur 1: Overzicht van de sectoren op kengetallen. De belgrootte geeft de financiële omvang van de sector weer. Let op: de schaal van de x-as verandert.



2.2 Overzicht over de context van de sectoren

Voor het vergelijken van de sectoren op frauderisico's en de gevolgen van fraude geven we een overzicht van hoe de achtergronden van de sectoren[2] van elkaar verschillen. Deze informatie kan helpen om de risico's in hun context te zien en aanbevelingen te formuleren. Hieronder geven we beknopt weer waar de achtergronden van sectoren van elkaar verschillen en waar overeenkomsten zijn.

Tabel 1: Overzicht wettelijke kaders en sectoren

	Zvw	Wmo	Jw	Wlz
Begeleiding en dagbesteding		X (deels)		X (deels)
Farmacie	X			
Gehandicaptenzorg				X
Ggz	X (deels)			X (deels)
Jeugdhulp			X	
Mondzorg	X			
Verpleeghuiszorg				X
Wijkverpleging	X (deels)			X (deels)

Uit tabel 1 blijkt dat de wettelijke kaders van de sectoren van elkaar verschillen. Niet alle zorgwetten zijn in gelijke mate op de sectoren van toepassing en in sommige sectoren wordt zorg geboden vanuit verschillende wetten. Het wettelijke kader is relevant voor het zorgproces omdat daarin de rollen van de betrokken zijn vastgelegd en de kaders gesteld worden voor de zorgverlening. Hoe concreet en omvangrijk deze kaders zijn, verschilt tussen de wetten. Naast de vier zorgwetten -Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), Jeugdwet (Jw) en Wet langdurige zorg (Wlz)- zijn in andere wet- en regelgeving aanvullende kaders gesteld (zie tabel 2). Naast deze wettelijke eisen zijn ook andere keuzes leidend voor de kaders voor de zorgverlening zoals branchestandaarden, de inkoopsystematiek en de definitie van zorg(processen), algemene wetten zoals de Algemene wet bestuursrecht (Awb) – of wettelijke kaders die indirect met zorg te maken hebben zoals de Arbeidsomstandighedenwet. Om een overzicht te geven over wie wanneer primair verantwoordelijk is voor welke processtap is tabel 3 opgenomen.

Tabel 2: Overzicht context van sectoren door meest relevante formele kaders

	Zvw	Wmo	Jw	Wlz
Wettelijk vastgelegd				
Kwaliteitseisen	via Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza), Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en Geneesmiddelenwet, landelijk kwaliteitsstatuut Ggz	Basis in Wmo	via Wtza en in Jw	via Wkkgz, en Wtza
Opleidingseisen	Via Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG)	geen	in Jw	In Wlz
Toezicht	Zvw en in Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	Basis in Wmo	Basis in Jw	In Wlz en in Wmg

Samengenomen valt op dat de rolverdeling en wetgeving respectievelijk bij de sectoren gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg (beide Wlz), en ggz en wijkverpleging (Wlz en Zvw) sterk overeenkomen. De sectoren farmacie en mondzorg vallen beide onder de Zvw, maar hebben een uiteenlopende rolverdeling en verschillende aanvullende wetgeving. De sector jeugdhulp is deels gedecentraliseerd bij gemeenten, maar ook landelijke partijen zoals de IGJ hebben een rol in de zorgprocessen.

[2] We hebben bij deze onderzoeken gekozen voor het begrippenkader van zorgsectoren zoals dit in de Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) is vastgesteld. Bij het indelen van de zorgsectoren kon door de complexe inrichting van het zorgstelsel niet rekening gehouden worden met alle achtergrondkenmerken van de sectoren. Deze paragraaf heeft tot doel de verschillen in achtergronden inzichtelijker te maken en daarmee de interpretatie van de data te vergemakkelijken.

Tabel 3: Overzicht actoren en rollen

		Toegang aanbieder	Toegang cliënt	Registratie/ declaratie	Toezicht	
					Kwaliteit, veiligheid	*rechtmatigheid*
Begeleiding, dagbesteding	Wmo	Gemeenten	Gemeenten	Gemeenten, SVB	Gemeenten	Gemeenten
	Wlz	Zorgkantoren	CIZ	Zorgkantoren, SVB, NZa	IGJ	Zorgkantoren, NZa
Farmacie	Zvw	CIBG, Zorgverzekeraars	Huisartsen, Medisch specialisten	Zorgverzekeraars, NZa	IGJ	Zorgverzekeraars, NZa
Gehandicaptenzorg	Wlz	Zorgkantoren	CIZ	Zorgkantoren, SVB, NZa, Ministerie van VWS	IGJ	Zorgkantoren, NZa
Ggz	Zvw	Zorgverzekeraars	Huisartsen, Medische specialisten, Regiebehandelaars	Zorgverzekeraars, NZa	IGJ	Zorgverzekeraars, NZa
	Wlz	Zorgkantoren	CIZ	Zorgkantoren, NZa	IGJ	Zorgkantoren, NZa
Jeugdhulp	Jw	Gemeenten	Gemeenten, Huisartsen, Jeugdartsen, Rechters, Jeugdbeschermers, Jeugdreclasseerders	Gemeente, SVB	IGJ, (Gemeenten)	Gemeenten
Mondzorg	Zvw	Zorgverzekeraars	Tandartsen	Zorgverzekeraars, NZa	IGJ	Zorgverzekeraars, NZa
Verpleeghuiszorg	Wlz	Zorgkantoren	CIZ	Zorgkantoren, SVB, NZa	IGJ	Zorgkantoren, NZa
Wijkverpleging	Zvw	Zorgverzekeraars	Wijkverpleegkundigen	Zorgverzekeraars, SVB, NZa	IGJ	Zorgkantoren, NZa
	Wlz	Zorgkantoren	CIZ	Zorgkantoren, SVB, NZa	IGJ	Zorgverzekeraars, NZa

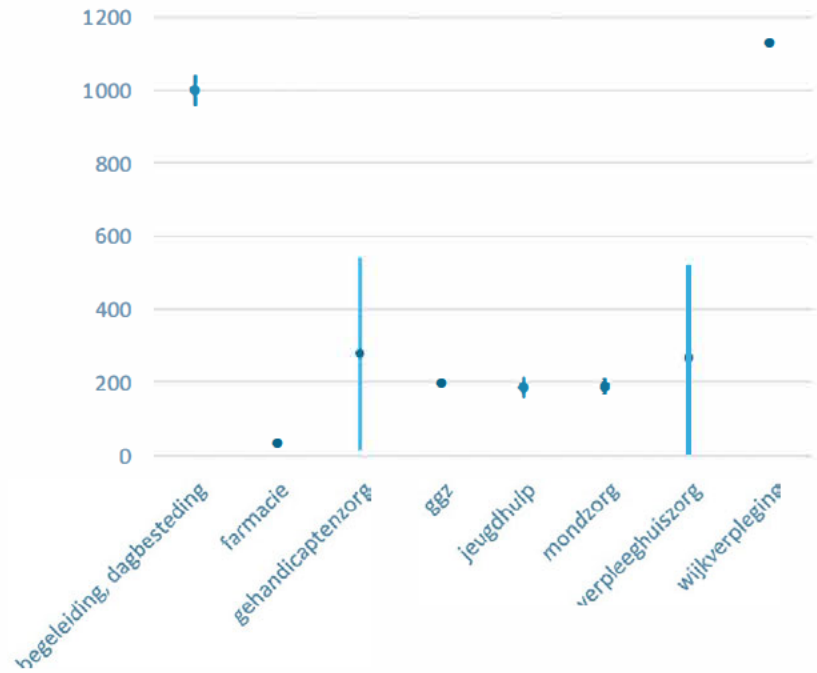
Begeleiding en dagbesteding is de meest opvallende sector omdat gemeenten voor bijna alle zorgprocessen (indien de dagbesteding of begeleiding uit de Wmo wordt vergoed) zelf verantwoordelijk zijn. Daarnaast zijn voor deze sector de minste kaders in de wetgeving gesteld. De uitvoering van alle zorgprocessen ligt daarmee bij de 345 Nederlandse gemeenten die zelf hun kaders moeten vormgeven, stellen en uitvoeren. In de andere zeven sectoren en bij begeleiding en dagbesteding die niet onder de Wmo valt, is voor effectief en integraal voorkomen, ontdekken en bestrijden van zorgfraude de samenwerking tussen de verschillende actoren essentieel.

2.3 Kengetallen zorgfraude

Voor de aanpak van zorgfraude bieden ook de aantallen van fraudesignalen per sector een interessant overzicht. In figuur 2 zijn het gemiddelde aantal signalen (over 2019 en 2020) en de spreiding daarvan per sector te zien. Deze data kent een aantal beperkingen: de informatie is beperkt tot de signalen die bij de partners bekend zijn. Het verschilt tussen de partners of zij het aantal signalen beperkten tot *onderzoekwaardige* of tot *ontvangen* signalen. Daarnaast is het mogelijk dat de signalen bij meerdere partners gemeld zijn en daarom onterecht dubbel worden meegeteld bij dit overzicht.

Opvallend is ten eerste dat de hoeveelheid signalen tussen sectoren erg uiteen kan lopen. Wijkverpleging en begeleiding en dagbesteding zijn daarbij de sectoren waarover gemiddeld de meeste signalen worden ontvangen. De sector farmacie is de sector waarover gemiddeld de laagste hoeveelheid signalen wordt ontvangen. Ten tweede valt op dat de variatie in het aantal sectoren tussen de jaren sterk kan verschillen: bij gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg is de variatie daarbij groot; bij wijkverpleging, ggz en farmacie is er amper sprake van variatie in het aantal signalen dat in verschillende jaren is ontvangen. Verder wordt over de signalen bij begeleiding, dagbesteding, gehandicaptenzorg, jeugdhulp en verpleeghuiszorg aangegeven dat een groot deel daarvan signalen over persoonsgebonden budgetten (pgb's) betreft.

Figuur 2: Gemiddeld aantal en spreiding van signalen per jaar per sector



Figuur 2 bevat niet de cijfers over meldingen van kwaliteit die de IGJ heeft ontvangen in dezelfde periode. Voor verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en de ggz ontvangt de IGJ regelmatig signalen omtrent kwaliteit van zorg. Bij verpleeghuiszorg gaat het om bijna 1000 signalen op jaarbasis, bij gehandicaptenzorg en ggz om 500 signalen en bij de jeugdhulp om ongeveer 50 signalen op jaarbasis.

Voor een deel van de sectoren (farmacie, ggz, verpleeghuiszorg en wijkverpleging) beschikken we over informatie over de omvang van *vastgestelde* fraude. Dit betreft alleen gevallen waarbij ZN betrokken was. De totalen van de sectoren lopen erg uiteen: tussen 10,7 miljoen euro over drie jaar bij ggz tot 70 miljoen euro over

vier jaar bij wijkverpleging. Bij de sectoren ggz (per jaar tussen 1,6 en 5,3 miljoen euro) en wijkverpleging (per jaar tussen 2,2 en 43 miljoen euro) kon over meerdere jaren heen fraude worden vastgesteld. Bij de sectoren farmacie (per jaar 0 tot 23,1 miljoen euro) en verpleeghuiszorg (per jaar minder dan 700 duizend euro en 9,5 miljoen euro) verschilt tussen de jaren of fraude kon worden vastgesteld of niet. Deze verschillen tussen de jaren ontstaan door de impact van respectievelijk één grote casus. Bij de cijfers voor de ggz is aan te merken dat in 2019 in veel gevallen fraude vermoed werd, maar niet bewezen kon worden in onderzoeken, terwijl de vermoedens bleven bestaan. Deze gevallen betreffen in 2019 met enkele miljoen euro een substantieel bedrag. In tabel 4 is de informatie over signalen en de informatie over de kengetallen van de sectoren uit bovenstaande grafieken ter overzicht gecombineerd.

Tabel 4: Kengetallen sectoren en gemiddeld aantal signalen

	Aantal cliënten *in 1000*	**Financiële omvang sector *in miljoen €***	**Aantal aanbieders *in 1000***	**Gemiddeld aantal signalen per jaar**
Begeleiding, dagbesteding	365,7	nb	7,2	1004
Farmacie	17155	4520	2,35	38
Gehandicaptenzorg	81,25	6,7	1,25	278
Ggz	780	3800	4,5	197
Jeugdhulp	430	4700	8,45	189
Mondzorg	13000	2972	4,4	191
Verpleeghuiszorg	121,2	13,7	1,7	265
Wijkverpleging	585,6	3430	2,733	1132

Kortom, we zien dat over de sectoren met de financieel grootste omvang (jeugdhulp en farmacie) de minste signalen bekend zijn, terwijl over de sector verpleeghuiszorg, die financieel een kleine omvang heeft, juist de meeste signalen bekend zijn. Kijkend naar de omvang van de vastgestelde fraude is daarbij de omvang van fraude bij de wijkverpleging (relatief grote financiële omvang en veel signalen) vele malen hoger dan bij de verpleeghuiszorg. De financiële gevolgen van fraude zijn ook afhankelijk van de grootte van een sector en niet alleen van de hoeveelheid van fraude. Daarnaast is het mogelijk dat deze uitkomsten beïnvloed zijn door blinde vlekken rondom zorgfraude. Hierop gaan wij in paragraaf 3.3 nader in.

3. Sector-overkoepelende patronen

3.1 Patronen in fraudevormen

De vormen van fraude die in de sectoren voorkomen, overlappen deels tussen de sectoren, maar zijn deels ook uniek voor de zorgsector. Veel fraudevormen komen bij meerdere sectoren voor, zoals *meer zorg indiceren/leveren dan dat de cliënt nodig heeft* (bij vijf sectoren), *andere en/of meer producten/zorg/uren gedeclareerd dan geleverd* (vijf sectoren) en *faillissementsfraude* (zes sectoren). Andere fraudevormen zijn specifiek voor een bepaalde sector zoals *formaliseren van informele zorg* (begeleiding en dagbesteding) of *groothandel of tussenhandel maakt misbruik van handelsvergunning* (farmacie).

Wat betreft de verschillende fraudevormen hebben we zowel frequentie als impact uitgevraagd bij zorgverzekeraars, zorgkantoren en/of gemeenten. Als we kijken naar de fraudevormen met een hoge impact (gemiddelde impact >9, hoge impact >12 en zeer hoge impact >15) zien we het volgende beeld (zie tabel 5).

Tabel 5: Aantal fraudevormen per sector met een hoge risicoscore (frequentie x impact)

	Frequentie x impact			**Totaal**
	Gemiddeld (tussen 9 en 12)	Hoog (tussen 12 en 15)	Zeer hoog (groter dan 15)	
Dagbesteding en begeleiding	4	2	1	7
Farmacie	2	-	-	2
Gehandicaptenzorg	4	1	1	6
Ggz	1	1	-	2
Jeugdhulp	4	2	-	6
Mondzorg	3	1	-	4
Verpleeghuiszorg	3	1	-	4
Wijkverpleging	2	3	1	6

De fraudevormen die een zeer hoge score hebben op frequentie x impact zijn:

- meer zorg gedeclareerd dan geleverd (bij dagbesteding en begeleiding);
- onvoldoende kwaliteit van zorg (bij gehandicaptenzorg);
- en meer uren declareren dan geleverd (bij wijkverpleging).

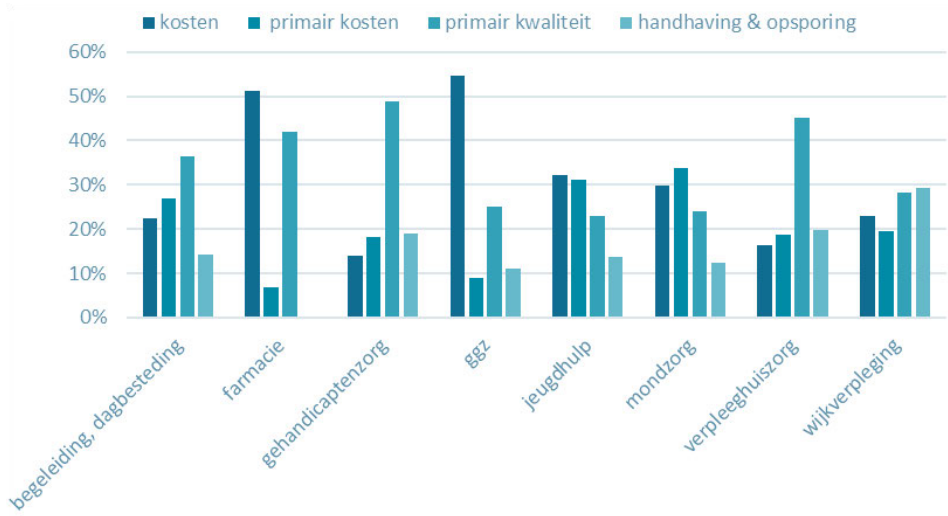
De sectoren die eruit springen wat betreft aantallen hoge scores van fraudevormen bij frequentie x impact zijn dagbesteding en begeleiding, gehandicaptenzorg, jeugdhulp en wijkverpleging.

Tenslotte onderzoeken we de fraudevormen op geaggregeerd niveau. Daarbij zijn de fraudevormen samengevat op basis van hun meest waarschijnlijke uitkomsten. Het gaat om vormen die:

- de zorgkosten verhogen (zoals het aanvragen van een hogere indicatie dan nodig);
- primair de zorgkosten verhogen, maar ook de kwaliteit van de zorg kunnen verlagen (zoals meer of andere zorg declareren dan leveren);
- primair de kwaliteit van de zorg verlagen, maar ook de zorgkosten kunnen verhogen (zoals onbekwame zorgverleners of misbruik van cliënten);
- en de handhaving en opsporing bemoeilijken (zoals ondeugdelijk bestuur of administratie die niet op orde is). Deze fraudevormen kunnen secundair ook gevolgen hebben op de kwaliteit of kosten van de zorg.

In figuur 3 zijn de uitkomsten van de fraudevormen per sector te zien. De grafiek is gebaseerd op de fraudevormen en hun frequentie zoals dit uit de deelonderzoeken blijkt. De percentages zijn per sector op te tellen tot 100%. Figuur 3 laat zien dat de gevolgen van de fraudevormen tussen de sectoren uiteen kunnen lopen: zo heeft in de sectoren farmacie en de ggz het grootste deel van de fraudevormen gevolgen voor de kosten van de zorg. In de sectoren begeleiding en dagbesteding, gehandicaptenzorg en verpleeghuiszorg heeft het grootste deel van de fraudevormen primair gevolgen voor de kwaliteit van de zorg.

Figuur 3: Verhouding van fraudevormen en hun gevolgen per sector



3.2 Patronen in frauderisico's

In de rapporten onderscheiden we vijf (proces)onderdelen aan de hand waarvan we de sectoren -en de frauderisico's- beschrijven. De risico's in de procesonderdelen verschillen per sector. In het kort houden de procesonderdelen in:

1. Toegang voor zorgaanbieders

Deze toegang houdt in: het toetreden van een zorgaanbieder tot de markt plus de inkoop van zorg en de daarbij gestelde eisen en uitgevoerde controles. Voor de frauderisico's zijn ook de wettelijke bepalingen en (kwaliteits-)eisen voor zorgaanbieders en -verleners van belang.

2. Toegang voor patiënten, indicatiestelling en financiering

De toegang tot zorg voor cliënten houdt de diagnose, beschikking of (her)indicatiestelling in. Daarbij hoort het inventariseren van de zorgbehoefte en zorgzwaarte. Ook de leveringsvorm van de zorg en eventueel onderzoek naar de vaardigheden van de cliënt kunnen een rol spelen voor het frauderisico.

3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

Deze kenmerken ontstaan door contextuele factoren bij de inrichting van de sector of de organisatie van de zorg. Voorbeelden van risico's die hierdoor tot stand komen zijn een krappe arbeidsmarkt voor beroepen in de zorg of beperkingen bij het scheiden van zorgpakketten of financiële stromen.

4. Registeren en declareren van zorg

Op welke manier de registratie en declaratie plaatsvindt, is afhankelijk van de verantwoordingseisen die in de sector gelden en die in de contracten met zorgaanbieders zijn opgenomen. Dat kan bijvoorbeeld de verantwoording bij het ministerie betreffen, accountantsonderzoek of de declaratiesystematiek.

5. Toezicht

Wie het toezicht op de zorgverlening houdt, is wettelijk of per gemeentelijke verordening aangegeven. Het toezicht op verschillende aspecten van de zorg kan bij verschillende partijen belegd zijn. De mogelijkheden die de partijen hebben voor handhaving en sanctionering zijn afhankelijk van hun bevoegdheden, de beschikbare capaciteit en de mogelijkheden tot gegevensuitwisseling.

Uit een overkoepelende analyse van de sectoren blijkt dat de experts in (bijna) alle sectoren minimaal één en maximaal zes relevante (met een frequentiescore van gemiddeld 3,75 of meer) frauderisico's per procesonderdeel zien (zie ook in tabel 4). Slechts bij twee sectoren zijn op één danwel twee procesonderdelen geen relevante risico's geïdentificeerd.

Tabel 6: Aantal relevante risico's per procesonderdeel per sector

Procesonderdeel	Begeleiding, dagbesteding	Farmacie	Gehandi-captenzorg	Ggz	Jeugdhulp	Mondzorg	Verpleeg-huiszorg	Wijkverpleging
Toegang aanbieders	5	0	2	2	2	1	2	2
Toegang cliënten	3	0	1	1	3	0	1	2
Zorgaanbod	2	2	2	3	1	3	3	3
Registratie/ declaratie	2	3	2	3	3	3	2	1
Toezicht	6	4	3	4	4	3	2	3
totaal	***18***	***9***	***10***	***13***	***13***	***10***	***10***	***11***

Bij bijna alle sectoren worden veel relevante frauderisico's geïdentificeerd in het toezicht, daar scoren de meeste sectoren hoger dan vier. De frauderisico's in de registratie/declaratie en het zorgaanbod zijn vergelijkbaar, hoewel farmacie en jeugdhulp meer frauderisico's hebben in de registratie/declaratie en wijkverpleging en verpleeghuiszorg juist in het zorgaanbod. Verder zien we bij jeugdhulp en dagbesteding en begeleiding de meeste relevante risico's in de toegang voor cliënten, met name vanwege de extra kwetsbare cliëntenpopulatie binnen deze sectoren. Bij dagbesteding en begeleiding zien we als enige sector veel relevante risico's in de toegang van zorgaanbieders, namelijk vijf.

Bij de analyse van de risico's valt op dat een aantal risico's in veel sectoren terugkomt. In tabel 7 zijn de risico's opgenomen die over alle sectoren heen het vaakst terugkomen. Bijlage 2 geeft een overzicht van alle relevante risico's per sector.

Tabel 7: Meest voorkomende sector-overkoepelende risico's

Procesonderdeel	Risico in minimaal zes sectoren	Risico in vijf sectoren
Toegang aanbieders	Gebrek aan (wettelijke) toetredingsdrempels	
	Onvoldoende screening van aanbieders en medewerkers	
Toegang cliënten		Kwetsbare cliëntenpopulatie, gevoelig voor uitbuiting
Zorgaanbod	Vorm van zorgorganisatie versterkt het risico	Krappe arbeidsmarkt/Tekort aan zorgaanbieders (in ZiN)
Registratie/ declaratie	Gemakkelijk hoge winsten te maken en weg te sluizen	
Toezicht	Onvoldoende capaciteit of gebruik van mogelijkheden voor controle	Toezichtstaken zijn versnipperd over partijen

Impact van frauderisico's

De specifieke frauderisico's verschillen per sector en ook de omvang en impact per risico loopt uiteen. Een risico op fraude geldt bijvoorbeeld niet noodzakelijkerwijs voor de hele sector, maar kan ook betrekking hebben op een deel van de zorg die in de sector geboden wordt.

De volgende voorbeelden illustreren de ongelijksoortigheid van de risico's: direct aanmaken van *een declaratieregel bij recept* (registratie/declaratie bij farmacie) ten opzichte van *krapte op de arbeidsmarkt* (zorgaanbod bij o.a. wijkverpleging). Het eerste risico is vrij concreet; het geeft direct de situatie weer waarin het risico bestaat. Bij het tweede risico is eerst een nader onderzoek nodig voordat handelingsopties geïdentificeerd kunnen worden. Meer verschillende risico's hoeft dus niet te betekenen dat de impact van de risico's hoger is dan van enkele andere risico's.

Risico's met de meeste impact

Gezien de data waarover we beschikken en de ongelijksoortigheid van de risico's, is het niet mogelijk zinvolle kwantitatieve analyses uit te voeren om aan te geven welke risico's in welke sector de grootste financiële gevolgen hebben. Voor het opstellen van de aanbevelingen hebben we een kwalitatieve benadering van de risico's meegewogen.

3.3 Beperkingen

Beperkingen in de data over zorgfraude

De analyses in de sectorrapporten en dit overkoepelend rapport hebben we gebaseerd op informatie uit expertinterviews, deskresearch en enquêtes. Ondanks een zorgvuldig opgezet onderzoeksdesign en aandacht voor de dataverzameling kunnen we niet uitsluiten dat in de kennis over zorgfraude blinde vlekken bestaan. Data over criminaliteit en onrechtmatigheden wordt in het algemeen belemmerd door verschillende factoren, zoals het verschil tussen vermoedens en vastgestelde onrechtmatigheden of de onduidelijkheid rondom de redenen waarom signalen onevenredig verdeeld zijn. We kunnen er dus niet vanuit gaan dat de data precies weerspiegelt waar en hoe (veel) zorgfraude daadwerkelijk plaatsvindt.

Potentiële blinde vlekken

Door de sectoren met elkaar te vergelijken, kunnen we potentiële blinde vlekken in kaart brengen. Bij de verhouding van hoeveelheid signalen tot de kengetallen van de sector (financiële omvang[3], aantal aanbieders en aantal cliënten) valt op dat de drie sectoren met de grootste financiële omvang (farmacie, jeugdhulp en ggz) bij deze analyses het laagst scoren. In deze sectoren is het aantal signalen per respectievelijk aanbieder en cliënt het laagst. Daarnaast scoort ook mondzorg, een sector met een relatief hoge financiële omvang, laag op deze factoren. Tegelijk

[3] De sector begeleiding en dagbesteding is niet meegenomen bij analyses waarin de financiële omvang van de sector een rol speelt. Voor deze sector zijn onvoldoende financiële gegevens beschikbaar.

blijkt uit de gegevens over vastgestelde fraude dat één fraudecasus bij farmacie grote financiële gevolgen kan hebben.

Een andere vraag die kan duiden op blinde vlekken is de volgende: zijn de sectoren die bij de landelijke toezichthouders geprioriteerd worden ook de sectoren met veel frauderisico's? Uit een vergelijking van de sectoren blijkt dat de experts niet opmerkelijk veel meer risico's geïdentificeerd hebben bij de sectoren die nu prioriteit hebben binnen het toezicht ten opzichte van de sectoren die geen prioriteit hebben. Een uitzondering is daarbij de sector begeleiding en dagbesteding waarover veel signalen worden ontvangen en waarbij met afstand de meeste risico's in het proces van zorgverlening geïdentificeerd konden worden. Dit roept de vraag op of in deze sectoren ten opzichte van andere sectoren meer zorgfraude te verwachten is, in de andere sectoren veel signalen ongegrond zijn en/of dit wijst op blinde vlekken met betrekking tot zorgfraude. Tegelijk moet deze analyse in de context gezien worden van de beperkingen die onder *Impact van frauderisico's* (paragraaf 3.2) benoemd werden.

Enfin: het is zeer goed mogelijk dat er blinde vlekken bestaan in ons zicht op zorgfraude. Op basis van een vergelijking van de sectoren op meerdere kenmerken lijkt het mogelijk dat in de onderzochte sectoren, met name farmacie, jeugdhulp en ggz, blinde vlekken bestaan in het zicht op zorgfraude. Om hier nadere uitspraken over te kunnen doen, is echter aanvullend onderzoek noodzakelijk.

4. Samenvatting

Het IKZ heeft onderzoek gedaan naar frauderisico's in acht verschillende zorgsectoren. Deze onderzoeken hadden tot doel om aard, impact, omvang (voor zover bekend) en achtergronden of oorzaken van zorgfraude in de verschillende sectoren in kaart te brengen.

[redacted]

Sector-overkoepelend perspectief op fraudevormen

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

Bijlagen

Bijlage 1. Afbakening begrippen conform TIZ begrippenkader

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Begeleiding groep	Activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1**	Begeleiding groep wordt gefinancierd vanuit de Wmo. Voor Wmo-ondersteuning in groepsverband kan ook het begrip Dagbesteding van toepassing zijn. Het verschil tussen beide begrippen zit er vooral in dat begeleiding een therapeutisch/ondersteunend doel dient, terwijl dagbesteding primair gericht is op zinvolle besteding van de dag. Voor zorg en ondersteuning in groepsverband vanuit de Wlz is het begrip Begeleiding groep niet van toepassing. Zie hiervoor het begrip Dagbesteding. Begeleiding van kinderen valt onder Jeugdhulp.	Wettelijk kader: Wmo Kenmerken patiënten/cliënten: Personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven en/of participatie. Zorgverleners: divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Begeleiding individueel	Begeleiding vanuit de Wmo: activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1** Begeleiding vanuit de Wlz: activiteiten waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. **Bron: Wlz, artikel 1.1.1**	Begeleiding kan gefinancierd worden vanuit de Wmo of vanuit de Wlz. Beide wetten bevatten een omschrijving, die erin verschilt dat de Wmo de nadruk legt op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie, en de Wlz op ondersteuning en aanbrengen van structuur en regie. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet het begrip Begeleiding gebruikt, maar de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz. Begeleiding van kinderen valt onder Jeugdhulp.	<u>Wettelijk kader:</u> Wmo of Wlz <u>Kenmerken patiënten/cliënten:</u> - (bij Wmo-indicatie) personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven en/of participatie; - (bij Wlz-indicatie)) personen die vanwege een ziekte, een aandoening, een stoornis of beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. <u>Zorgverleners:</u> divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.
Dagbesteding	Onder dagbesteding vallen activiteiten die zowel residentieel als ambulant kunnen zijn en een recreatief of arbeidsmatig karakter hebben. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn (bewerkt)**	Dagbesteding kan gefinancierd worden uit de Wmo of uit de Wlz. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet het begrip Dagbesteding gebruikt, maar dienen de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz te worden gebruikt. Dagbesteding voor kinderen valt onder het begrip Jeugdhulp.	<u>Wettelijk kader:</u> Wmo of Wlz <u>Kenmerken patiënten/cliënten:</u> - (bij Wmo-indicatie) personen die vanwege een ziekte, beperking of hoge leeftijd professionele dagbesteding nodig hebben - (bij Wlz-indicatie) personen die vanwege een ziekte, een aandoening, een stoornis of beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. <u>Zorgverleners:</u> Divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Farmacie	Farmaceutische zorg omvat terhandstelling, of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, van (nader omschreven) geneesmiddelen. **Bron: Besluit Zvw, artikel 2.8**	De wet (Besluit Zvw) maakt een onderscheid naar prestaties voor farmaceutische zorg en geneeskundige zorg. Deze afbakening is bepalend voor welke geneesmiddelen onder farmaceutische of geneeskundige zorg vallen. Indien een geneesmiddel buiten de muren van een instelling (ziekenhuis of Wlz-instelling) wordt toegepast, betreft het een extramuraal geneesmiddel en valt deze onder de aanspraak farmaceutische zorg. Wanneer een geneesmiddel binnen de muren van een instelling wordt toegepast, betreft het een intramuraal geneesmiddel en valt het onder de aanspraak geneeskundige zorg. Voor dit begrippenkader betekent dit dat de extramurale geneesmiddelen onder het begrip Farmacie (= farmaceutische zorg) vallen, en de intramurale geneesmiddelen onder het begrip Medisch specialistische zorg dan wel de begrippen voor Wlz-instellingszorg (Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg of Ggz).	Wettelijk kader: Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: apothekers, apotheekhoudende huisartsen
Gehandicapten zorg	Gehandicaptenzorg is zorg aan en ondersteuning van mensen met lichamelijke, verstandelijke, of zintuiglijke beperkingen. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn (bewerkt)** *Voor **zintuiglijk gehandicaptenzorg** vanuit de Zvw geldt de volgende omschrijving:* Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van	*Gehandicaptenzorg vanuit de Wlz:* • Het begrip Gehandicaptenzorg wordt gebruikt voor alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die intramuraal in een instelling voor gehandicaptenzorg verblijven of in een vergelijkbare woonsetting, zoals geclusterd vpt. Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding of dagbesteding.	Wettelijk kader: Wlz, Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: Personen die vanwege een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Zorgverleners: divers, o.a. woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, gedragskundigen en

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
	een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. **Bron: Besluit Zvw, artikel 2.5a**	Onder het begrip Gehandicaptenzorg valt ook algemene medische zorg (vergelijkbaar met huisartsenzorg) en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven (waarbij ook de verblijfskosten uit de Wlz worden betaald), aangezien in die gevallen deze zorg uit het integrale Wlz-pakket wordt bekostigd. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaat van de Wlz-behandeling (en dus zonder overleg en afstemming met de instelling kan worden geleverd), wordt bekostigd uit de Zvw en hiervoor dienen de overeenkomstige Zvw-begrippen te worden gebruikt. Wlz-zorg in de thuissituatie valt onder andere begrippen (bijvoorbeeld Begeleiding, Wijkverpleging). NB. onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging. *Zintuigelijk Gehandicaptenzorg vanuit de Zvw*: • Gehandicaptenzorg vanuit de Zvw betreft extramurale, multidisciplinaire zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking gericht op het leren omgaan met de beperking.	artsen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Ggz	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden. **Bron: Besluit Zvw, artikel 1.**	Om overlap met andere begrippen uit te sluiten beperken we ons bij dit begrip tot de *geneeskundige* ggz. De Geneeskundige ggz omvat de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Zvw. Als een verzekerde langer dan 3 jaar verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit Wlz. NB. De omschrijving noemt zorg **zoals** klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 'zorgverleners'). Zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de jeugdwet, en zorg door huisartsen en praktijkondersteuners, zijn bij dit begrip uitgesloten. Voor die zorg zijn andere begrippen beschikbaar (bijvoorbeeld Beschermd wonen, Begeleiding, Jeugdhulp en Huisartsenzorg).	Wettelijk kader: Zvw, Wlz, aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: personen (>18) met een psychische stoornis (volgens de DSM) Zorgverleners: Het Landelijk Kwaliteitsstatuut Ggz beschrijft welke beroepen, genoemd in de Wet BIG, het regiebehandelaarschap mogen vervullen.
Jeugdhulp	Jeugdhulp is: 1. ondersteuning van en hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of	Het begrip 'jeugdhulp' heeft een één op één relatie met hulp die vanuit de jeugdwet wordt geleverd. Dat betekent dat hulp of zorg voor kinderen die onder de Jeugdwet valt, onder het begrip Jeugdhulp wordt geregistreerd. Zo wordt bijvoorbeeld jeugd-ggz niet onder ggz maar onder Jeugdhulp geregistreerd. De jeugdwet stelt dat een 'jeugdige' < 18 is, behalve bij het jeugdstrafrecht.	Wettelijk kader: Jeugdwet Kenmerken patiënten/cliënten: jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem (en hun ouders). Zorgverleners: divers, de Jeugdwet stelt wel kwaliteitseisen aan aanbieders, daarnaast kunnen gemeenten hun eigen

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
	een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptiegerelateerde problemen; 2. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, en 3. het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking, die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, met dien verstande dat de leeftijdgrens van achttien jaar niet geldt voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht. **Bron: Jeugdwet, artikel 1.1**		aanvullende eisen stellen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Mondzorg	Mondzorg betreft alle zorg rondom mond en gebit die gegeven wordt door onder meer tandartsen, tandartsassistenten, mond-hygiënisten, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Het Besluit Zorgverzekeringswet bevat eveneens een omschrijving van mondzorg. Deze omschrijving is voor dit begrippenkader echter te beperkt omdat deze alleen de mondzorg specificeert die onderdeel is van het basispakket. Daarom is voor de bredere omschrijving gekozen. Kaakchirurgie valt onder medisch specialistische zorg en niet onder mondzorg. Mondzorg aan cliënten in een Wlz-instelling wordt bekostigd uit de Wlz, en valt daarom onder de bijbehorende begrippen voor Wlz-instellingszorg: Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg of Ggz.	Wettelijk kader: Zvw of aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: met name tandartsen, tandartsassistenten, mondhygiënisten, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Verpleeghuis-zorg	Verpleeghuiszorg betreft verpleging en verzorging gedurende dag en nacht, geneeskundige behandeling en daarmee verband houdende fysiotherapie, revalidatie, reactivering en bezigheidstherapie in het verpleeghuis. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Het begrip Verpleeghuiszorg wordt gebruikt voor alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die intramuraal in een verpleeghuis verblijven of in een vergelijkbare woonsetting, zoals geclusterd vpt. Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding en dagbesteding. Onder het begrip Verpleeghuiszorg valt ook algemene medische zorg (vergelijkbaar met huisartsenzorg) en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven (waarbij ook de verblijfskosten uit de Wlz worden betaald), aangezien in die gevallen deze zorg uit het integrale Wlz-pakket wordt bekostigd. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaat van de Wlz-behandeling (en dus zonder overleg en afstemming met de instelling kan worden geleverd), wordt bekostigd uit de Zvw en hiervoor dienen de overeenkomstige Zvw-begrippen te worden gebruikt. Wlz-zorg in de thuissituatie valt onder andere begrippen (bijvoorbeeld Begeleiding, Wijkverpleging). NB. onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging.	Wettelijk kader: Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: Personen die vanwege lichamelijke ziekte of beperking en/of psychogeriatrische aandoening blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Zorgverleners: divers, o.a. woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, gedragskundigen en artsen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Wijkverpleging	Wijkverpleging is het onderdeel van de thuiszorg dat verpleging, verzorging, informatie, advies en voorlichting biedt in de thuissituatie aan mensen die deze zorg door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk nodig hebben. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Wijkverpleging wordt bekostigd vanuit de Zvw, of uit de Wlz indien de persoon een Wlz-indicatie heeft en zelfstandig woont. NB. Onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging. Indien iemand persoonlijke verzorging ontvangt die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, en die niet samenhangt met verpleging, wordt deze bekostigd vanuit de Wmo. Deze zorg valt niet onder Wijkverpleging maar onder Persoonlijke verzorging.	Wettelijk kader: Zvw, Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: personen die zelfstandig wonen en door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk verpleging en/of verzorging nodig hebben. Zorgverleners: (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

	Toegang aanbieders	Toegang cliënten	Kenmerken zorgaanbod/ zorgaanbieder	Declaratie/registratie	Toezicht

[redacted]

	Toegang aanbieders	Toegang cliënten	Kenmerken zorgaanbod/	Declaratie/registratie	Toezicht
[redacted]					

art 5.1, tweede lid, sub d

	Toegang aanbieders	Toegang cliënten	Kenmerken zorgaanbod/ zorgaanbieder	Declaratie/registratie	Toezicht
[redacted]					

art 5.1, tweede lid, sub d

	Toegang aanbieders	Toegang cliënten	Kenmerken zorgaanbod/ zorgaanbieder	Declaratie/registratie	Toezicht
[redacted]					

art 5.1, tweede lid, sub d

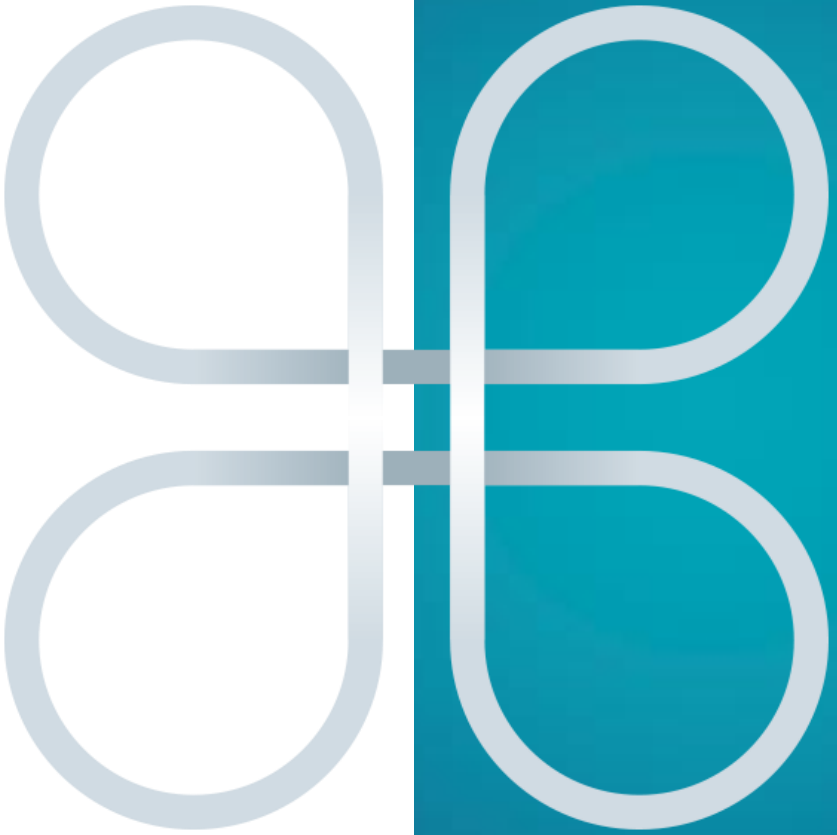
ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Begrippenkader Fraudevormen

Definitieve versie
27 mei 2019

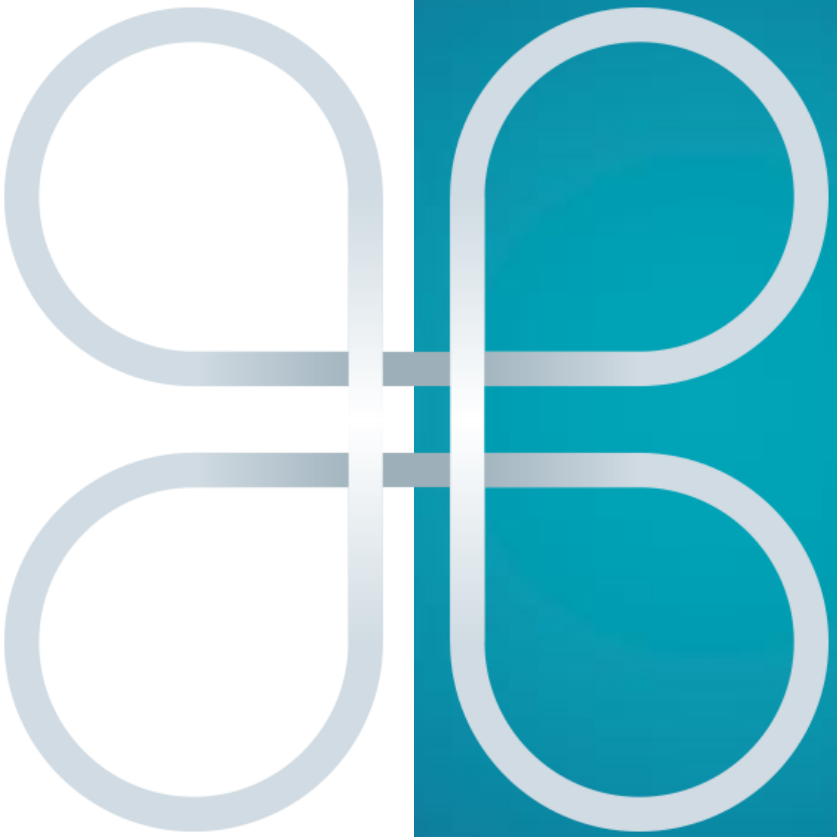


ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Incidentsoort	Omschrijving	Relatie tot uitwisselingsstandaard 4.
Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is (*spookzorg, insturen van valse declaraties)*	Er wordt zorg gedeclareerd terwijl er in het geheel geen zorg is geleverd. NB. Vervalsing van een declaratie kan ook inhouden dat er meer zorg wordt gedeclareerd dan is geleverd, in dat geval dient die betreffende incidentsoort ('upcoding') te worden geregistreerd.	Vervalsing
Meer of andere zorg declareren dan geleverd is/meer zorg aanvragen dan nodig is (*upcoding)*	• Een hogere indicatie aanvragen dan de zorgvraag van de cliënt rechtvaardigt • Meer zorg declareren dan geleverd is • Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd is *NB. Begrip wordt gespecificeerd in vervolgvraag*	Upcoding
Zorg declareren die reeds bekostigd wordt uit een andere declaratie of uitbetaling (*dubbele claim*)	Hieronder valt bijvoorbeeld het in rekening brengen van zorg bij de patiënt die al door de verzekeraar is vergoed (bijvoorbeeld het apart in rekening brengen van zorg die door een onderaannemer wordt geleverd, die echter al onderdeel uitmaakt van de indicatie), het onterecht openen van parallelle DBC's, of het declareren van dezelfde zorg bij zowel de gemeente als bij de zorgverzekeraar.	Dubbele claim
Onverzekerde zorg declareren als verzekerde zorg (*onjuiste betaaltitel*)	Bijvoorbeeld: er wordt een niet correcte diagnose geregistreerd, om ervoor te zorgen dat de zorg verzekerd is, of er wordt een verzekerde prestatie geregistreerd in plaats van een niet-verzekerde.	Onjuiste betaaltitel
Meer zorg leveren (en declareren) dan nodig is (*ongepast gebruik*)	Bijvoorbeeld: het uitvoeren van onnodige onderzoeken in het ziekenhuis. Deze incidentsoort kan samengaan met het aanvragen van een te hoge indicatie. Kenmerkend voor deze incidentsoort is dat de onnodige zorg ook daadwerkelijk geleverd is. Het teveel zorg leveren *an sich* hoeft overigens niet onrechtmatig te zijn, maar dat is het wel als deze zorg ook wordt gedeclareerd. Daarom is dit tussen haakjes toegevoegd.	Ongepast gebruik
Minder (goede) zorg leveren dan nodig is (*onvoldoende kwaliteit/zorgverwaarlozing*)	• Te weinig zorg leveren (bijvoorbeeld te weinig uren) in relatie tot de zorgvraag van de patiënt. • De zorg is van onvoldoende kwaliteit, bijvoorbeeld doordat de zorgverlener onvoldoende deskundig is. *NB. Begrip wordt gespecificeerd in vervolgvraag*	Onvoldoende kwaliteit/zorgverwaarlozing
Administratie niet op orde	De zorgaanbieder voert een gebrekkige administratie, hieruit is niet te herleiden welke zorg is geleverd, wanneer, aan wie, en/of tegen welke tarieven. Hierdoor is de rechtmatigheid van de declaratie niet te controleren. Zie ook: art. 36 WMG en art 2:10 BW.	Administratie niet op orde
Enscenering/in scene zetten	Het door één of meerdere personen in scene zetten van een situatie ter misleiding van de betreffende instantie (verstrekker, verzekeraar, indicatiesteller, etc), ten behoeve van het (onterecht) declareren of indiceren van zorg.	Enscenering
Aanleveren van overige vervalste/ gefingeerde informatie (onjuiste voorstelling van zaken)	Er wordt overige vervalste/ gefingeerde informatie aangeleverd ten behoeve van het (onterecht) declareren of indiceren van zorg. NB. Het gaat hier om informatie anders dan valse declaraties, zie daarvoor het begrip 'Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is (spookzorg, insturen van valse declaraties)'. Indien beide incidentsoorten van toepassing zijn, dienen deze beide te worden geregistreerd.	Onjuiste voorstelling van zaken
Overige vorm van fraude, namelijk…..	Hier kan een vorm van fraude worden beschreven die niet voorkomt in het overzicht.	Overig

Vervolgvragen
Om enkele incidentsoorten nader te specificeren, en om te bezien of er sprake is van aanvullende incidentsoorten, worden de volgende vervolgvragen in het VPZF gesteld.

Vervolgvraag	Incidentsoorten	Omschrijving
Specificeer het type upcoding (vraag volgt na aankruisen van '*Meer of andere zorg declareren dan geleverd is/meer zorg aanvragen dan nodig is (upcoding)*'	**a) Een hogere indicatie aanvragen dan de zorgvraag van de cliënt rechtvaardigt ('upcoding indicatie')** **b) Meer zorg declareren dan geleverd is ('upcoding kwantitatief')** **c) Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd is ('upcoding kwalitatief')** **d) Onbekend/ niet gespecificeerd**	a) Dit betreft de situatie waarin een cliënt, diens vertegenwoordiger of een zorgaanbieder die namens de cliënt een indicatieaanvraag doet, de problematiek ernstiger voordoet met het doel een (hogere) zorgindicatie te verkrijgen. b) Er wordt meer (kwantitatief) zorg geregistreerd/gedeclareerd dan geleverd. Dit betreft ook de situatie waarin het registeren van meerdere consulten tot een andere dbc leidt. c) Er wordt een andere soort zorg (kwalitatief) geregistreerd/gedeclareerd dan geleverd. Het betreft hier bijvoorbeeld het declareren van verzorging als verpleging, Wmo-zorg als Wlz-zorg, of een lichtere medische ingreep als een zwaardere
Specificeer 'minder (goede) zorg ' (vraag volgt na aankruisen van *'Minder (goede) zorg leveren dan nodig is (onvoldoende kwaliteit/zorg-verwaarlozing')*	**a) Minder zorg (kwantitatief: frequentie, omvang) leveren dan nodig is** **b) Minder goede zorg (kwalitatief: deskundigheid zorgverlener) leveren dan nodig is** **c) Onbekend/ niet gespecificeerd**	a) Bij minder zorg (kwantitatief) is er te weinig zorg geleverd in relatie tot de zorgvraag/zorgbehoefte van de patiënt (bijvoorbeeld te weinig uren). b) Bij minder goede zorg (kwalitatief) is de zorg van onvoldoende kwaliteit, bijvoorbeeld doordat de zorgverlener onvoldoende deskundig is.
Kruis aan of er sprake is van één of meer van de volgende aanvullende incidentsoorten:	**a) Samenspanning** **b) Identiteitsfraude** **c) Misleiding cliënt**	a) De zorgaanbieder en de cliënt zijn beiden op de hoogte van het onrechtmatig handelen en werken hierbij samen, met het doel er beiden financieel op vooruit te gaan. Mogelijk is sprake van een deelnemingsvorm, zie art 47/48 WvSr. b) Het aannemen van een valse hoedanigheid, bijvoorbeeld door het vervalsen van handtekeningen of misbruik van DigiD's van cliënten. c) De zorgaanbieder maakt misbruik van een kwetsbaarheid van de cliënt (zoals gebrek aan Nederlandse taal, laag IQ). Bijvoorbeeld: zonder medeweten van de cliënt wordt naar een diagnose en daarmee naar een (te) hoge indicatie toegeschreven, cliënten krijgen een pgb zonder dat ze weten wat dit inhoudt en waar ze recht op hebben.



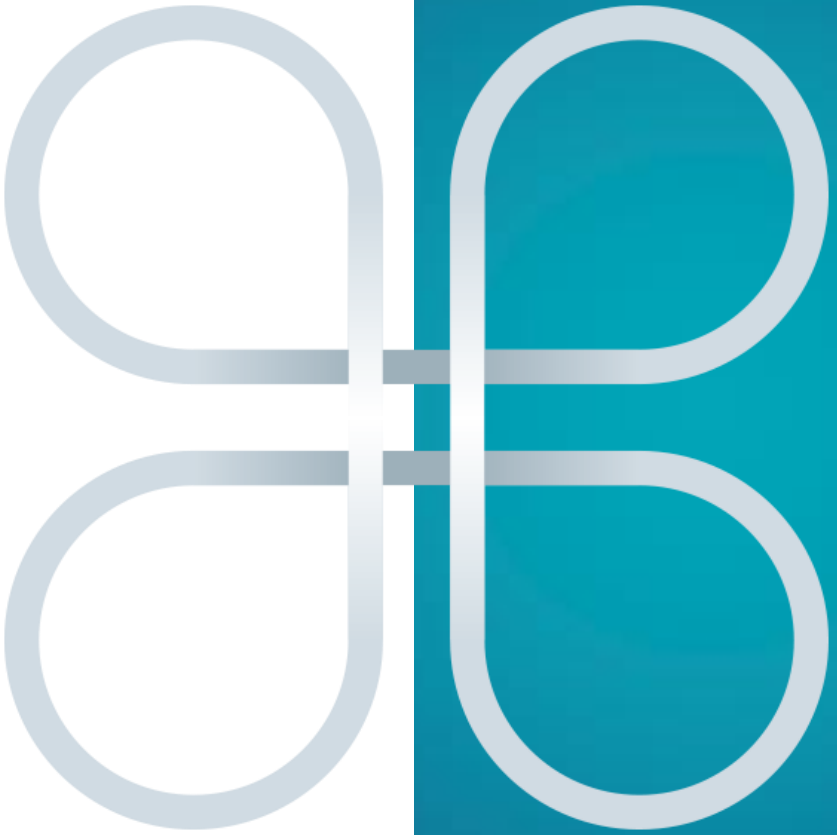
ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Begrippenkader Zorgvormen

Definitieve versie
27 mei 2019



ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Beschermd wonen	Beschermd wonen is wonen in een accommodatie van een instelling met het daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1**	Beschermd wonen is een term uit de Wmo. Deze afbakening houdt in dat beschermd wonen alleen betrekking heeft op de doelgroep met psychische en/of psychosociale problematiek die (tijdelijk) beschermd moeten wonen, gefinancierd vanuit de Wmo. Het begrip geldt niet voor wonen in een Wlz-instelling (zie hiervoor Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz). Het geldt ook niet voor kinderen (zie hiervoor: jeugdhulp).	Wettelijk kader: Wmo Kenmerken patiënten/cliënten: personen met psychische en/of psychosociale problematiek die (tijdelijk) beschermd moeten wonen. Zorgverleners: divers, bijvoorbeeld woonbegeleiders. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.
Begeleiding groep	Activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1**	Begeleiding groep wordt gefinancierd vanuit de Wmo. Voor Wmo-ondersteuning in groepsverband kan ook het begrip Dagbesteding van toepassing zijn. Het verschil tussen beide begrippen zit er vooral in dat begeleiding een therapeutisch/ondersteunend doel dient, terwijl dagbesteding primair gericht is op zinvolle besteding van de dag. Voor zorg en ondersteuning in groepsverband vanuit de Wlz is het begrip Begeleiding groep niet van toepassing. Zie hiervoor het begrip Dagbesteding. Begeleiding van kinderen valt onder Jeugdhulp.	Wettelijk kader: Wmo Kenmerken patiënten/cliënten: Personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven en/of participatie. Zorgverleners: divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Begeleiding individueel	Begeleiding vanuit de Wmo: activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1** Begeleiding vanuit de Wlz: activiteiten waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. **Bron: Wlz, artikel 1.1.1**	Begeleiding kan gefinancierd worden vanuit de Wmo of vanuit de Wlz. Beide wetten bevatten een omschrijving, die erin verschilt dat de Wmo de nadruk legt op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie, en de Wlz op ondersteuning en aanbrengen van structuur en regie. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet het begrip Begeleiding gebruikt, maar de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz. Begeleiding van kinderen valt onder Jeugdhulp.	Wettelijk kader: Wmo of Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: - (bij Wmo-indicatie) personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven en/of participatie; - (bij Wlz-indicatie)) personen die vanwege een ziekte, een aandoening, een stoornis of beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zorgverleners: divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.
Dagbesteding	Onder dagbesteding vallen activiteiten die zowel residentieel als ambulant kunnen zijn en een recreatief of arbeidsmatig karakter hebben. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn** (bewerkt)	Dagbesteding kan gefinancierd worden uit de Wmo of uit de Wlz. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet het begrip Dagbesteding gebruikt, maar dienen de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz te worden gebruikt. Dagbesteding voor kinderen valt onder het begrip Jeugdhulp.	Wettelijk kader: Wmo of Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: - (bij Wmo-indicatie) personen die vanwege een ziekte, beperking of hoge leeftijd professionele dagbesteding nodig hebben - (bij Wlz-indicatie) personen die vanwege een ziekte, een aandoening, een stoornis of beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zorgverleners: Divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Huishoudelijke hulp	Huishoudelijke hulp betreft het ondersteunen bij of het overnemen van taken in de huishouding voor mensen die het niet meer zelf kunnen door een aandoening, beperking of ouderdom, bijvoorbeeld opruimen, schoonmaken, verzorgen van planten en huisdieren en het klaarmaken van de maaltijd. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Huishoudelijke hulp kan gefinancierd worden vanuit de Wmo of, indien mensen met een Wlz-indicatie zelfstandig blijven wonen, vanuit de Wlz. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet het begrip Huishoudelijke hulp gebruikt, maar dienen de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz te worden gebruikt.	Wettelijk kader: Wmo of Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: - (bij Wmo-indicatie) personen die vanwege een ziekte, beperking of hoge leeftijd onvoldoende in staat zijn hun huishouding te verzorgen, en daarbij ook onvoldoende hulp kunnen krijgen vanuit hun netwerk. - (bij Wlz-indicatie) personen die vanwege een ziekte, een aandoening, een stoornis of beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zorgverleners: divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.
Hulpmiddelen	Een hulpmiddel is een roerende zaak die bedoeld is om beperkingen in de zelfredzaamheid of de participatie te verminderen of weg te nemen. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1.** Daarnaast kunnen hulpmiddelen worden verstrekt via de zorgverzekeraar in het geval van behandeling, verpleging, revalidatie en verzorging. Dit kunnen duurzame hulpmiddelen betreffen of verbruikshulpmiddelen, hulpmiddelen in eigendom of in bruikleen. Sommige hulpmiddelen zitten niet in het basispakket van de zorgverzekering, en kan men zelf kopen of huren, of zich hier aanvullend voor verzekeren. **Bron: Begroting VWS 2017-2018, aangevuld vanuit diverse bronnen**	Onder dit begrip vallen de hulpmiddelen die verstrekt worden in de thuissituatie, en niet de hulpmiddelen die worden versterkt bij verblijf in een instelling. Bij verblijf in een ziekenhuis vallen de hulpmiddelen onder het begrip Medisch specialistische zorg. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt), dienen de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz te worden gebruikt.	Wettelijk kader: Wmo, Zvw, of aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: niet van toepassing

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Wijkverpleging	Wijkverpleging is het onderdeel van de thuiszorg dat verpleging, verzorging, informatie, advies en voorlichting biedt in de thuissituatie aan mensen die deze zorg door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk nodig hebben. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Wijkverpleging wordt bekostigd vanuit de Zvw, of uit de Wlz indien de persoon een Wlz-indicatie heeft en zelfstandig woont. NB. Onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging. Indien iemand persoonlijke verzorging ontvangt die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, en die niet samenhangt met verpleging, wordt deze bekostigd vanuit de Wmo. Deze zorg valt niet onder Wijkverpleging maar onder Persoonlijke verzorging.	Wettelijk kader: Zvw, Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: personen die zelfstandig wonen en door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk verpleging en/of verzorging nodig hebben. Zorgverleners: (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.
Jeugdhulp	Jeugdhulp is: 1. ondersteuning van en hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptiegerelateerde problemen; 2. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, en 3. het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking, die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, met dien verstande dat de leeftijdgrens van achttien jaar niet geldt voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht. **Bron: Jeugdwet, artikel 1.1.**	Het begrip 'jeugdhulp' heeft een één op één relatie met hulp die vanuit de jeugdwet wordt geleverd. Dat betekent dat hulp of zorg voor kinderen die onder de Jeugdwet valt, onder het begrip Jeugdhulp wordt geregistreerd. Zo wordt bijvoorbeeld jeugd-ggz niet onder ggz maar onder Jeugdhulp geregistreerd. De jeugdwet stelt dat een 'jeugdige' < 18 is, behalve bij het jeugdstrafrecht.	Wettelijk kader: Jeugdwet Kenmerken patiënten/cliënten: jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem (en hun ouders). Zorgverleners: divers, de Jeugdwet stelt wel kwaliteitseisen aan aanbieders, daarnaast kunnen gemeenten hun eigen aanvullende eisen stellen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Gehandicapten-zorg	Gehandicaptenzorg is zorg aan en ondersteuning van mensen met lichamelijke, verstandelijke, of zintuiglijke beperkingen. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn (bewerkt)** *Voor **zintuiglijk gehandicaptenzorg** vanuit de Zvw geldt de volgende omschrijving:* Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. **Bron: Besluit Zvw, artikel 2.5a**	*Gehandicaptenzorg vanuit de Wlz:* • Het begrip Gehandicaptenzorg wordt gebruikt voor alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die intramuraal in een instelling voor gehandicaptenzorg verblijven of in een vergelijkbare woonsetting, zoals geclusterd vpt. Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding of dagbesteding. Onder het begrip Gehandicaptenzorg valt ook algemene medische zorg (vergelijkbaar met huisartsenzorg) en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven (waarbij ook de verblijfskosten uit de Wlz worden betaald), aangezien in die gevallen deze zorg uit het integrale Wlz-pakket wordt bekostigd. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaat van de Wlz-behandeling (en dus zonder overleg en afstemming met de instelling kan worden geleverd), wordt bekostigd uit de Zvw en hiervoor dienen de overeenkomstige Zvw-begrippen te worden gebruikt. Wlz-zorg in de thuissituatie valt onder andere begrippen (bijvoorbeeld Begeleiding, Wijkverpleging). NB. onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging. *Zintuigelijk Gehandicaptenzorg vanuit de Wlz*: • Gehandicaptenzorg vanuit de Zvw betreft extramurale, multidisciplinaire zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking gericht op het leren omgaan met de beperking.	Wettelijk kader:, Wlz, Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: Personen die vanwege een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Zorgverleners: divers, o.a. woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, gedragskundigen en artsen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Ggz	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden. **Bron: Besluit Zvw, artikel 1.**	Om overlap met andere begrippen uit te sluiten beperken we ons bij dit begrip tot de *geneeskundige* ggz. De Geneeskundige ggz omvat de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Zvw. Als een verzekerde langer dan 3 jaar verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit Wlz. NB. De omschrijving noemt zorg **zoals** klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 'zorgverleners'). Zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de jeugdwet, en zorg door huisartsen en praktijkondersteuners, zijn bij dit begrip uitgesloten. Voor die zorg zijn andere begrippen beschikbaar (bijvoorbeeld Beschermd wonen, Begeleiding, Jeugdhulp en Huisartsenzorg).	Wettelijk kader: Zvw, Wlz, aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: personen (>18) met een psychische stoornis (volgens de DSM) Zorgverleners: het 'regiebehandelaarschap' binnen de ggz mag volgens het door de sector opgestelde Kwaliteitsstatuut GGZ worden uitgevoerd door de volgende vrijgevestigden: gz-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychiater. Bij zorg door een instelling komen hier de volgende beroepen bij: de verpleegkundig specialist ggz, specialist ouderengeneeskunde, klinisch geriater en verslavingsarts.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Persoonlijke verzorging	Persoonlijke verzorging is het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van lichaamsgebonden zorg, zoals wassen, aankleden, hulp bij eten en drinken of bij toiletgebruik voor mensen die hierin niet zelfredzaam zijn. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Dit begrip is alleen van toepassing indien de persoonlijke verzorging vanuit de Wmo wordt geleverd. Dit is het geval als de persoonlijke verzorging alleen samenhangt met extramurale begeleiding en niet met verpleging. In andere gevallen valt de persoonlijke verzorging onder het begrip Wijkverpleging.	Wettelijk kader: Wmo Kenmerken patiënten/cliënten: personen die niet voldoende zelfredzaam zijn, bijvoorbeeld in verband met een psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke of zintuiglijke handicap. Zorgverleners: verzorgenden, helpenden. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.
Verpleeghuis-zorg	Verpleeghuiszorg betreft verpleging en verzorging gedurende dag en nacht, geneeskundige behandeling en daarmee verband houdende fysiotherapie, revalidatie, reactivering en bezigheidstherapie in het verpleeghuis. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Het begrip Verpleeghuiszorg wordt gebruikt voor alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die intramuraal in een verpleeghuis verblijven of in een vergelijkbare woonsetting, zoals geclusterd vpt. Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding en dagbesteding. Onder het begrip Verpleeghuiszorg valt ook algemene medische zorg (vergelijkbaar met huisartsenzorg) en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven (waarbij ook de verblijfskosten uit de Wlz worden betaald), aangezien in die gevallen deze zorg uit het integrale Wlz-pakket wordt bekostigd. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaat van de Wlz-behandeling (en dus zonder overleg en afstemming met de instelling kan worden geleverd), wordt bekostigd uit de Zvw en hiervoor dienen de overeenkomstige Zvw-begrippen te worden gebruikt. Wlz-zorg in de thuissituatie valt onder andere begrippen (bijvoorbeeld Begeleiding, Wijkverpleging). NB. onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging.	Wettelijk kader: Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: Personen die vanwege lichamelijke ziekte of beperking en/of psychogeriatrische aandoening blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Zorgverleners: divers, o.a. woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, gedragskundigen en artsen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

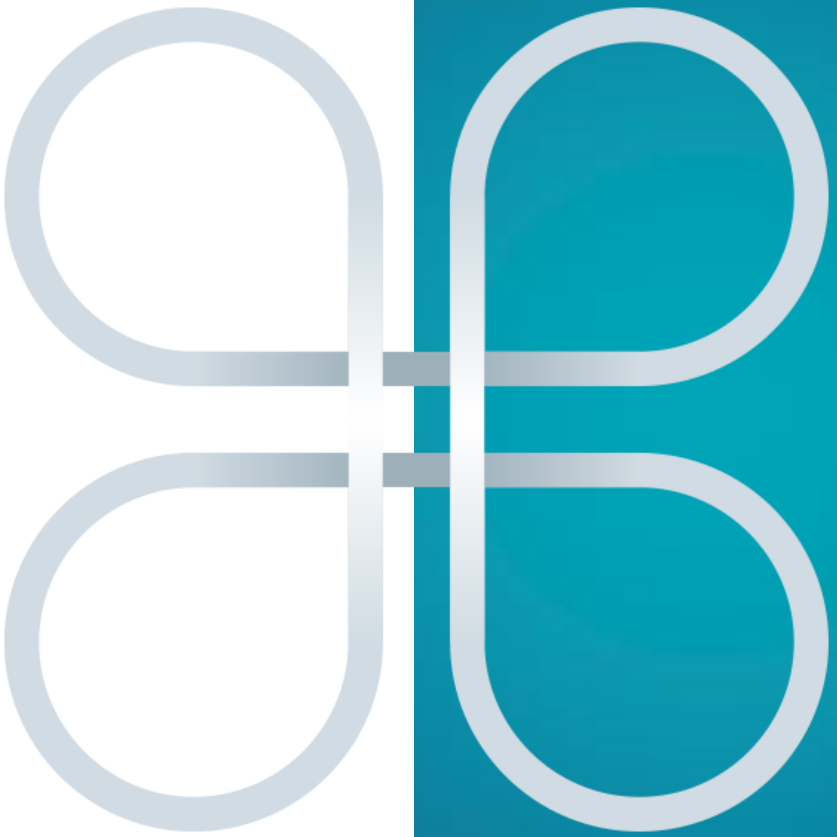
Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Vervoer	**<u>Ambulancezorg</u>**: zorg, erop gericht een zieke of gewonde ter zake van zijn aandoening of letsel: • hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, en per ambulance te vervoeren, of • hulp te verlenen door een ambulancezorgprofessional of een ambulanceverpleegkundige, en in spoedeisende gevallen hulp te verlenen door een ambulanceverpleegkundige, met een speciaal daartoe uitgerust en als zodanig herkenbaar voertuig. **Bron: Tijdelijk wet ambulancezorg, artikel 1 eerste lid.** **Overig vervoer volgens de Zvw:** vervoer per auto of openbaar vervoer van en naar een persoon of instelling (…) voor zover: a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan; b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie moet ondergaan; c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen; d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen; e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid. **Bron: Besluit zorgverzekering, artikel 2.14 eerste lid.** **<u>Vervoer volgens de Wlz</u>:** vervoer naar een plaats waar de verzekerde gedurende een dagdeel begeleiding of behandeling ontvangt. **Bron: Wlz, artikel 3.3.1., eerst lid, onderdeel f.** **<u>Vervoer volgens de Wmo</u>**: het noodzakelijke vervoer naar een instelling voor kortdurend verblijf of andere maatwerkvoorziening ten behoeve van participatie. **Bron: Wmo, (inkorting van) artikel 1.1.1** **<u>Vervoer middels (trauma)helikopter:</u>** • het vervoer van mobiel medische teams (inclusief apparatuur) naar en van ongevallenlocaties • het vervoer van ongevalslachtoffers, zieken en pasgeboren kinderen die spoedeisende medische zorg behoeven • het vervoer van organen of transplantatieteams in het kader van transplantatie **Bron: NZa**	Er zijn vijf soorten van zorgvervoer onderscheiden, die verschillen in doel, uitvoering en bekostiging: • Ambulancevervoer: dit begrip hebben we verbreed naar *ambulancezorg*. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Zvw en uitgevoerd door Regionale ambulancevoorzieningen. • Overig ziekenvervoer, eveneens (onder voorwaarden) vergoed vanuit de Zvw, betreft vervoer per eigen auto, OV of taxi. • Vervoer van en naar de plaats waar iemand begeleiding of behandeling vanuit de Wlz ontvangt, betreft veelal vervoer per taxi. • Vervoer naar een locatie waar iemand kortdurend verblijf, dagbesteding of begeleiding vanuit de Wmo ontvangt, betreft veelal vervoer per taxi. • Vervoer middels traumahelikopter	<u>Wettelijk kader:</u> Zvw, Wlz of Wmo <u>Kenmerken patiënten/cliënten:</u> Divers <u>Zorgverleners:</u> I.h.g.v ambulancevervoer: ambulancezorgprofessional of ambulanceverpleegkundigen. I.h.g.v. vervoer middels traumahelikopter: diverse medische professionals. Voor overige vervoersvormen: niet van toepassing.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Medisch-specialistische zorg (MSZ)	Medisch-specialistische zorg is zorg die geleverd wordt door of onder verantwoordelijkheid van medisch specialisten. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn** *(toegevoegd: of onder verantwoordelijkheid van)*	De volgende zorg valt niet onder het begrip Medisch specialistische zorg: • Geestelijke gezondheidszorg geleverd door een medisch specialist, zie Ggz. • Diagnostiek op verzoek van de huisarts, zie Eerstelijnsdiagnostiek. • Poliklinische paramedische zorg, niet onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist, zie Paramedische zorg. • De poliklinische apotheek, zie farmaceutische zorg • Medisch specialistische revalidatie onder leiding van een revalidatiearts, zie Revalidatiezorg. Kaakchirurgie valt **wel** onder medisch-specialistische zorg, omdat de kaakchirurg altijd werkzaam is in een instelling voor medisch specialistische zorg.	Wettelijk kader: Zvw of aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: Divers Zorgverleners: medisch specialisten, of beroepsbeoefenaars die onder de directe verantwoordelijkheid van een medisch specialist werken.
Farmacie	Farmaceutische zorg omvat terhandstelling, of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, van (nader omschreven) geneesmiddelen. **Bron: Besluit Zvw, artikel 2.8**	De wet (Besluit Zvw) maakt een onderscheid naar prestaties voor farmaceutische zorg en geneeskundige zorg. Deze afbakening is bepalend voor welke geneesmiddelen onder farmaceutische of geneeskundige zorg vallen. Indien een geneesmiddel buiten de muren van een instelling (ziekenhuis of Wlz-instelling) wordt toegepast, betreft het een extramuraal geneesmiddel en valt deze onder de aanspraak farmaceutische zorg. Wanneer een geneesmiddel binnen de muren van een instelling wordt toegepast, betreft het een intramuraal geneesmiddel en valt het onder de aanspraak geneeskundige zorg. Voor dit begrippenkader betekent dit dat de extramurale geneesmiddelen onder het begrip Farmacie (= farmaceutische zorg) vallen, en de intramurale geneesmiddelen onder het begrip Medisch specialistische zorg dan wel de begrippen voor Wlz-instellingszorg (Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg of GGZ).	Wettelijk kader: Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: apothekers, apotheekhoudende huisartsen

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Eerstelijns diagnostiek	Onder eerstelijnsdiagnostiek wordt verstaan de diagnostiek (beeldvormende diagnostiek, functieonderzoek en laboratoriumonderzoek) die wordt verricht op verzoek van een eerstelijnszorgverlener. **Bron: samengestelde omschrijving op basis van input van NZa**	Op aanwijzing van de minister van VWS stelt de NZa prestaties vast voor de bekostiging van eerstelijnsdiagnostiek. Het betreft diagnostische zorg die op verzoek van de huisarts door ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra als trombosediensten en huisartsenlaboratoria geleverd wordt. Voor deze zorg zijn door de NZa los te declareren prestaties vastgesteld. Het betreft dus niet de diagnostiek die als onderdeel van een medisch specialistische behandeling wordt uitgevoerd (die valt onder het begrip Medische specialistische zorg). Ook als de huisarts zelf onderzoek doet kan hij gebruik maken van de prestaties eerstelijnsdiagnostiek.	Wettelijk kader: Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: ziekenhuizen, zelfstandige behandelcentra als trombosediensten en huisartsenlaboratoria.
Huisartsenzorg	Huisartsenzorg is zorg door of onder verantwoordelijkheid van een huisarts **Bron: samengestelde omschrijving op basis van input van o.a. NZa**	Diagnostische zorg op verzoek van of door een huisarts, die bekostigd wordt door middel van de prestaties eerstelijnsdiagnostiek, vallen onder het begrip Eerstelijnsdiagnostiek	Wettelijk kader: Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: huisartsen en beroepsbeoefenaars die werken onder directe verantwoordelijkheid van de huisarts.
Eerstelijns-verblijf	Eerstelijnsverblijf is verblijf dat medisch noodzakelijk is in verband met zorg zoals huisartsen die plegen te bieden, al dan niet gepaard gaande met verpleging, verzorging of paramedische zorg. **Bron: Beleidsregel eerstelijnsverblijf, NZa**	Eerstelijns verblijf is de zorg en opvang voor (vaak oudere) patiënten die vanwege medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen. De huisarts beslist of iemand in aanmerking komt voor ELV. Vaak gaat het om mensen die na een ziekenhuisopname moeten herstellen in een verzorgings- of verpleeghuis. Of mensen die om welke reden dan ook tijdelijk niet thuis kunnen wonen. De zorg wordt bekostigd vanuit de Zvw.	Wettelijk kader: Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: patiënten die om medische redenen tijdelijk niet thuis kunnen wonen Zorgverleners: verzorgenden, verplegenden en artsen.

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Paramedische zorg	Paramedische zorg betreft zorg geleverd door paramedici, zoals fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie en orthoptie. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	In het Besluit Zvw is de paramedische zorg als volgt afgebakend: *Paramedische zorg omvat fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en diëtetiek.* Bron: Besluit Zvw Echter: de wet BIG (artikel 34) specificeert een uitgebreidere lijst met paramedische beroepen. Daarbij wordt ook andere paramedische zorg (bv. podotherapie, orthoptie) onder voorwaarden vergoed uit het basispakket. Tevens willen we ons met dit begrippenkader ook niet beperken tot zorg die onderdeel is van het basispakket. Om die reden hebben we de bredere definitie uit de thesaurus (met de term **'zoals'**) in de omschrijving gebruikt. Zorg geleverd door een leefstijlcoach in te kader van een Gecombineerde Leefstijlinterventie wordt ook onder dit begrip geregistreerd. Indien zorg wordt geleverd door een paramedicus, maar al onder een ander begrip in dit kader valt (bijvoorbeeld medisch specialistische zorg, mondzorg, farmaceutische zorg, revalidatiezorg), dient de zorg onder dit andere begrip te worden geregistreerd.	Wettelijk kader: Zvw of aanvullende verzekering, Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: paramedici
Geboortezorg	Geboortezorg betreft alle vormen van begeleiding en zorg die plaatsvindt vóór de conceptie, vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de eerste periode na de bevalling, zoals zwangerschapsbegeleiding, verloskundige zorg, kraamzorg en zorg door lactatiekundigen. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Tweedelijnsverloskundige zorg, dus de zorg die wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van de gynaecoloog, valt niet onder dit begrip, maar onder Medisch specialistische zorg. Geboortezorg door een huisarts valt onder Huisartsenzorg.	Wettelijk kader: Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: verloskundigen, kraamverzorgenden, lactatiekundigen.
Mondzorg	Mondzorg betreft alle zorg rondom mond en gebit die gegeven wordt door onder meer tandartsen, tandartsassistenten, mondhygiënisten, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Het Besluit Zorgverzekeringswet bevat eveneens een omschrijving van mondzorg. Deze omschrijving is voor dit begrippenkader echter te beperkt omdat deze alleen de mondzorg specificeert die onderdeel is van het basispakket. Daarom is voor de bredere omschrijving gekozen. Kaakchirurgie valt onder medisch specialistische zorg en niet onder mondzorg. Mondzorg aan cliënten in een Wlz-instelling wordt bekostigd uit de Wlz, en valt daarom onder de bijbehorende begrippen voor Wlz-instellingszorg: Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg of GGZ.	Wettelijk kader: Zvw of aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: met name tandartsen, tandartsassistenten, mondhygiënisten, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Revalidatiezorg	Revalidatiezorg betreft medische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde, gericht op het herstellen na een ongeluk of operatie, zodat de patiënt weer zo goed mogelijk kan functioneren. **Bron: Thesaurus zorg en welzijn** *(toegevoegd 'onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde' ten behoeve van nadere afbakening.)*	Door in de omschrijving van dit begrip 'onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde' toe te voegen, beperken we ons bij dit begrip tot de volgende vormen van revalidatiezorg: 1. (vanuit de Zvw): Geriatrische revalidatie onder leiding van een specialist ouderengeneeskunde; 2. (vanuit de Zvw): Medisch specialistische revalidatie onder leiding van een revalidatiearts. 3. (vanuit de Wlz): Herstelgerichte behandeling met verpleging en verzorging. Hiermee sluiten we bijvoorbeeld zorg door een zelfstandig werkende paramedicus bij dit begrip uit (die zorg wordt onder het begrip Paramedische zorg geregistreerd), evenals zorg door een medisch specialist niet zijnde een revalidatiearts (die valt onder het begrip Medisch specialistische zorg).	Wettelijk kader: Zvw, Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: de zorg wordt geleverd onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde.
Alternatieve zorg	Alternatieve behandelingen zijn alle behandelingen van ziekten die buiten de reguliere geneeskunde worden gegeven. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Alternatieve geneeswijzen zijn behandelwijzen en therapieën die afwijken van de gangbare geneeskundige zorg. Ze worden ook wel niet-reguliere, aanvullende of complementaire zorg genoemd. Therapeuten en behandelaars met heel verschillende achtergrond en opleiding bieden deze therapieën aan. Ook passen artsen en fysiotherapeuten alternatieve geneeswijzen soms als aanvulling op hun gangbare behandeling toe. (bron: website IGJ)	Wettelijk kader: onverzekerd of via aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: divers
Extramurale behandeling	Extramurale behandeling omvat geneeskundige zorg van specifiek medische, specifiek gedragswetenschappelijke of specifiek paramedische aard die noodzakelijk is in verband met de aandoening, beperking, stoornis of handicap van de verzekerde. **Bron: Beleidsregels indicatiestelling Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling, CIZ**	Het betreft extramurale behandeling, bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet dit begrip gebruikt, maar de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz. Extramurale behandeling kan zowel in een groep als individueel plaatsvinden. Behandeling onderscheidt zich van begeleiding door de specifieke deskundigheid van een behandelaar. Een behandelaar met kennis van specifieke doelgroepen voert de regie over de behandeling en is verantwoordelijk voor evaluatie en bijstelling van behandelplan en doelen.	Wettelijk kader: Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling 2019 (deze zorg zal vanaf 2020 gefaseerd worden overgeheveld naar de Zvw). Kenmerken patiënten/cliënten: personen met een somatische of psychogeriatrische aandoening, een lichamelijke of een verstandelijke beperking (mits ouder dan 18 jaar). Zorgverleners: zorgverleners met een specifieke deskundigheid ten aanzien van de (complexe) problematiek bij aandoeningen en/of beperkingen, zoals een specialist ouderengeneeskunde of arts verstandelijk gehandicapten.



ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

6.

Eindrapport

Risico's in beeld

Onderzoek naar het JMV-dashboard van NZa, IGJ en IKZ

Utrecht, 23 september 2022

art.5.1 tweede lid sub e

SiRM. Strategies in Regulated Markets

Inhoud

Aanleiding en conclusie **3**

1 Het doel van het JMV-dashboard is inzicht in mogelijke risico's op continuïteit en rechtmatigheid **7**

1.1 Het huidige JMV-dashboard vergelijkt zorgaanbieders op twee dimensies met in totaal negen onderliggende indicatoren 7

1.1.1 Het JMV-dashboard geeft de mogelijkheid om op een gebruikersvriendelijke manier gegevens en mogelijke risico's van zorgaanbieders in te zien en te vergelijken 7

1.1.2 De twee dimensies, continuïteit en rechtmatigheid, worden berekend op basis van onderliggende indicatoren 8

1.1.3 De huidige indicatoren zijn geselecteerd door de projectgroep uit een longlist 9

1.2 Het JMV-model gebruikt afkapwaarden, grenswaarden en modelinstellingen 10

1.2.1 Uitbijters in de JMV-gegevens worden gecorrigeerd met afkapwaarden en specifieke aannames 10

1.2.2 Door de modelinstellingen heeft de gebruiker invloed op de vergelijkingsgroep 11

1.2.3 Indicatoren worden berekend aan de hand van kolommen uit de JMV-gegevens, afkapwaarden en grenswaarden 12

1.2.4 De dimensiescore is het gewogen gemiddelde van de indicatorscores 12

2 De JMV-gegevens gebruikt in het huidige JMV-model zijn betrouwbaar **13**

2.1 De gegevenskwaliteit voor de modelinstellingen is in orde voor concerntypering, en matig voor type verantwoording 15

2.2 De indicator "% uitbestedingen" kan worden verfijnd door informatie voor "kosten uitbesteding" mee te nemen 18

2.3 Voor 96% van de zorgaanbieders komt de rechtsvorm in de JMV-gegevens overeen met de rechtsvorm in KvK 19

2.4 Een vergelijking tussen de JMV-gegevens en de jaarrekening en consistentie-checks tonen aan dat zorgaanbieders gegevens gebruikt in het JMV-model accuraat en consistent invullen 20

3 De zeggingskracht en validiteit van het huidige JMV-model zijn moeilijk te toetsen **23**

3.1 Het JMV-model heeft zeggingskracht voor continuïteit, voor rechtmatigheid is de zeggingskracht niet te toetsen 24

3.1.1 Zorgaanbieders die failliet zijn gegaan tussen 2019 en 2022 scoren significant slechter op continuïteitsindicatoren dan zorgaanbieders die niet failliet zijn gegaan 24

3.1.2 Het is met de huidige beschikbare informatie op het gebied van rechtmatigheid niet mogelijk de zeggingskracht vast te stellen van het JMV-model 25
3.2 Een methodologisch sterkere methode voor afkapwaarden leidt niet tot meer inzicht in continuïteitsrisico's 28
3.3 Een andere hoogte van de grenswaarden leidt in het algemeen niet tot meer inzicht in continuïteitsrisico's 29
3.4 Continuïteitsindicatoren vertonen nauwelijks samenhang, rechtmatigheidsindicatoren vertonen wel samenhang 30
3.5 Verfijn de omzet-winstverhouding (resultaatratio) door meer toelichting en aanvullende inzichten 31
3.6 Algoritmisch vastgestelde vergelijkingsgroepen leiden niet tot een grotere zeggingskracht van het JMV-model 32

4 Uitbreiding van indicatoren in het JMV-dashboard 34
4.1 Een organisatiestructuur-indicator met KvK-gegevens is wenselijk, maar gegevens zijn niet publiek beschikbaar 35
4.2 Een vastgoed-indicator voor grote zorgaanbieders voegt nieuwe informatie met zeggingskracht toe aan het dashboard 38
4.3 We schatten in dat de vergelijking over de jaren van toegevoegde waarde is voor beide dimensies 40
4.4 Een cliënt-indicator op basis van JMV voegt te weinig nieuwe informatie toe om deze toe te voegen aan het dashboard 42
4.5 Een indicator voor verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering voegt nieuwe informatie met zeggingskracht toe aan het dashboard 45

Bijlage 1: Onderzoeksvragen en- antwoorden 49

Bijlage 2: Details JMV-dashboard 52

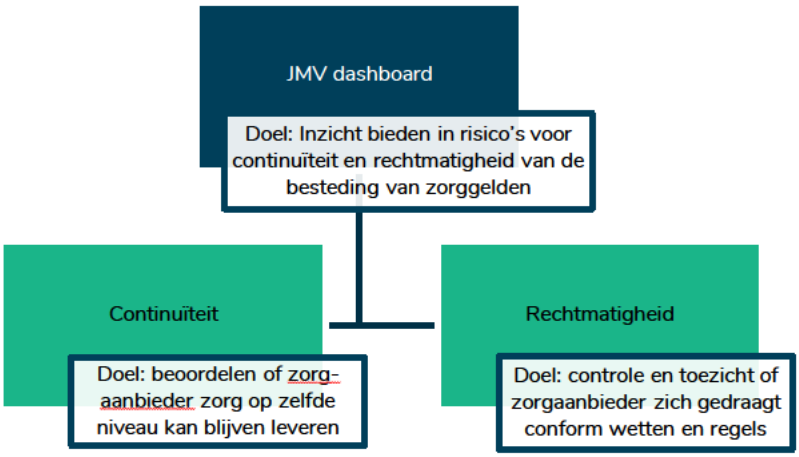
Bijlage 3: JMV-gegevens en kwaliteit 59

Bijlage 4: Resultaten analyses afkapwaarden en grenswaarden 65

Bijlage 5: Long list indicatoren en beoordeling 67

Aanleiding en conclusie

In 2020 heeft het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ)[1], in samenwerking met de NZa en IGJ, een dashboard ontwikkeld met openbare gegevens afkomstig uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Het doel van het JMV-dashboard is om op een gebruiksvriendelijke manier inzicht te bieden in risico's voor continuïteit van zorg en rechtmatigheid van de besteding van zorggelden, die uit de JMV-gegevens zijn af te leiden. Het dashboard is gebaseerd op een model voor de vergelijking van zorgaanbieders en inzicht in mogelijke risico's. Vanuit dit gezamenlijk startpunt kunnen gebruikers (o.a. toezichthouders, inspecties, gemeenten en zorgverzekeraars) hun toezicht verder inrichten.



Figuur 1 Het doel van het JMV-dashboard is om inzicht te bieden in risico's bij zorgaanbieders op het gebied van continuïteit en rechtmatigheid

Het IKZ heeft SiRM gevraagd een onderzoek uit te voeren naar het JMV-dashboard, om een volgende stap te zetten in de validatie, ontwikkeling en gebruik van het dashboard voor de twee doelen uit Figuur 1. We splitsten dit onderzoek op in twee delen:

1. **Analyses naar de validiteit van het huidige dashboard**
   Allereerst toetsten wij het huidige JMV-dashboard op betrouwbaarheid en validiteit in drie stappen:
   a. Kwaliteit van de JMV-gegevens gebruikt in het JMV-dashboard
   b. Zeggingskracht van het model achterliggend aan het JMV-dashboard
   c. Validiteit van het model achterliggend aan het JMV-dashboard

[1] Het IKZ is een samenwerking van negen partners die gezamenlijk fraude in de zorg bestrijden, namelijk de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Belastingdienst, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), het Openbaar Ministerie (OM), de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

2 **Beoordeling van mogelijke doorontwikkelingen van het huidige dashboard**
We onderzochten volgende stappen in gebruik en ontwikkeling van het dashboard. We selecteerden vijf mogelijke toevoegingen voor het dashboard en bepaalden de toegevoegde waarde voor inzicht in de risico's op het gebied van continuïteit en rechtmatigheid bij zorgaanbieders.

Aangezien het JMV-dashboard gebaseerd is op de JMV-gegevens, beperkt dit onderzoek zich tot de zorgaanbieders die onder Wet toelating zorginstellingen (WTZi) vallen. De WTZi is geldig tot en met 2021 en daarna is de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) van kracht. Gegevens na 2021 vallen buiten de reikwijdte van dit onderzoek. Verder spreken we in dit rapport over zorgaanbieders, hiermee bedoelen we zorg- en jeugdzorgaanbieders die onder de WTZi vallen en waarvoor JMV-gegevens beschikbaar zijn. Dit betekent dat zorgaanbieders die alleen zorg leveren onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) geen onderdeel zijn van het JMV-dashboard en dit onderzoek.

De onderzoeksvragen en antwoorden staan in Bijlage 1: Onderzoeksvragen en- antwoorden.

Het eindresultaat van het onderzoek is dit rapport. Dit rapport start met een omschrijving en toelichting van het huidige dashboard (Hoofdstuk 1). Vervolgens beschrijven we de resultaten voor de twee delen van het onderzoek: analyses naar de validiteit van het huidige dashboard (Hoofdstuk 2 en Hoofdstuk 3) en de beoordeling van mogelijke doorontwikkelingen van het huidige dashboard (Hoofdstuk 4).

Het onderzoek resulteert in vier conclusies over de prestaties van het JMV-dashboard voor het inschatten van risico's van continuïteit en rechtmatigheid bij zorgaanbieders (Tabel 1). Uit het onderzoek blijkt dat de JMV-gegevens gebruikt in het JMV-model betrouwbaar zijn. Daarnaast scoren zorgaanbieders met risico's op het gebied van continuïteit over het algemeen slechter in het dashboard. Een toets op de zeggingskracht voor risico's op het gebied van rechtmatigheid met beschikbare gegevens leverde geen logische resultaten op. Verschillen tussen zorgaanbieders die wel of niet voorkwamen in het Verzamelpunt Zorgfraude (VP) waren voor een deel van de indicatoren niet significant en voor het andere deel bleken zorgaanbieders die wel in het VP voorkwamen juist een kleiner rechtmatigheidsrisico te hebben.

Tabel 1 Het onderzoek resulteerde in vier conclusies over de prestaties van het JMV-dashboard.

Onderwerp	Conclusie
Algemeen	Aan de hand van kwantitatief en kwalitatief onderzoek concluderen we dat het niet mogelijk lijkt om sec aan de hand van het huidige JMV-model hoog-risico zorgaanbieders te identificeren. Er zal in de praktijk van het toezicht altijd aanvullend onderzoek nodig zijn. Daarnaast zijn alleen zorgaanbieders die JMV-gegevens indienen onderdeel van dit onderzoek. We schatten in dat ieder jaar ten minste 4% van de zorgaanbieders die onder de WTZi vallen onterecht geen JMV-gegevens indient. Toezicht op zorgaanbieders die jaar-op-jaar geen JMV-gegevens indienen is momenteel niet mogelijk met het JMV-dashboard.
Kwaliteit van JMV-gegevens	Zorgaanbieders vullen de JMV-gegevens gebruikt in het JMV-model over het algemeen betrouwbaar en volledig in. Deze gegevens vormen daarom een goede basis voor het JMV-dashboard. Meer gedetailleerde JMV-gegevens, die momenteel niet in het JMV-

	model gebruikt worden, lijken minder betrouwbaar. Dit beperkt mogelijke uitbreidingen van het JMV-model.
Zeggingskracht van het model	We gebruikten gegevens over faillissementen om de zeggingskracht voor continuïteit te toetsen. Zorgaanbieders die failliet zijn gegaan tussen 2019 en 2022 scoren in 2018 significant slechter op de continuïteitsindicatoren van het JMV-model. Of het model inzicht geeft in rechtmatigheidsrisico's is niet vast te stellen. Een vergelijking met het Verzamelpunt Zorgfraude gaf geen logische resultaten. Dit heeft drie mogelijke verklaringen: 1) de uitgevoerde statistische analyses op de gegevens uit het Verzamelpunt Zorgfraude zijn niet in staat om de zeggingskracht aan te tonen, 2) het Verzamelpunt Zorgfraude is geen goede bron voor een vergelijking, of 3) het model geeft weinig inzicht in rechtmatigheidsrisico's.
Validiteit van het model	De huidige afkapwaarden en grenswaarden in het JMV-model zijn beperkt onderbouwd. De projectgroep met IKZ, NZa en IGJ hebben, op basis van hun ervaring met het onderzoeken en bestrijden van zorgfraude keuzes gemaakt over de afkapwaarden en grenswaarden. We onderzochten een methodologisch robuustere methode, maar analyses leverden onvoldoende bewijs op om vast te stellen of deze methode het model daadwerkelijk verbetert. De huidige continuïteitsindicatoren hangen zeer beperkt met elkaar samen, de indicatoren kunnen zonder verlies van zeggingskracht samengenomen worden tot een totaalscore. Drie van de vijf huidige rechtmatigheidsindicatoren gaan uit van omzet en hangen samen. Daardoor is de gecombineerde zeggingskracht van deze indicatoren minder.

Het onderzoek naar de validiteit van het huidige dashboard leidt tot zeven concrete aanbevelingen. Alle aanbevelingen staan in Tabel 2.

Tabel 2 Het kwantitatieve en kwalitatieve onderzoek naar de datakwaliteit van de JMV-gegevens, de zeggingskracht en validiteit van het JMV-model en de mogelijke doorontwikkelingen resulteert in zeven aanbevelingen

Type	Observatie	Aanbeveling
Verwerking van brondata	In 2020 kwalificeerde circa 6% van alle zorgaanbieders als micro-zorgaanbieder, doordat ze aangaven aan de eisen voor vereenvoudigde verantwoording te voldoen	Pas het verantwoordingstype in het model voor de organisaties die onterecht doorgaan als micro-zorgaanbieder aan naar 'groot' op basis van een check op omzet, activa en personeel, Verantwoord dit in de methodiek en zorg voor goede documentatie bij de zorgaanbieders waarvoor het verantwoordingstype is aangepast.
Verwerking van brondata	Van alle zorgaanbieders vulden 5% kosten uitbestedingen wel in maar gaven tegelijk (onterecht) aan geen zorg te hebben uitbesteed. Voor 23% van de zorgaanbieders die zorg uitbesteden komt het percentage uitbestedingen niet overeen met het berekende percentage.	Neem het maximum van het ingevulde percentage uitbestedingen, en het berekende percentage op basis van de kosten uitbesteding. Bepaal het % uitbestedingen voor zorgaanbieders die niet aangeven zorg uitbesteed te hebben, maar wel kosten uitbestedingen hebben ingevuld. Deel de kosten uitbestedingen door de omzet en voeg deze toe aan de huidige categorieën van % uitbestedingen.
Gebruiksvriendelijkheid van het JMV-dashboard	De huidige handleiding bij het JMV-dashboard is voor een deel van de gebruikers te technisch.	Maak van de huidige handleiding een technische verantwoording en maak daarnaast een instructie voor gebruik van het JMV-dashboard.
Werking JMV-model	Drie van de rechtmatigheidsindicatoren correleren doordat ze alle drie uitgaan van	Er is geen goed alternatief om een van de drie indicatoren te vervangen, pas daarom de weging

	de omzet. Daarom weegt de omzet indirect zwaarder mee. Daarnaast heeft %loonkosten/omzet al een dubbele weging.	van %loonkosten/omzet aan. Laat deze even zwaar meewegen als andere indicatoren.
Toevoeging vastgoed-indicator	Geïnterviewden geven aan dat vastgoedconstructies gebruikt worden om geld dat voor zorg bedoeld is weg te laten vloeien uit de onderneming. Gegevens over vastgoed zijn in zowel 2018, 2019 als 2020 beschikbaar voor grote zorgaanbieders en lijken betrouwbaar.	Voeg een vastgoed-indicator toe aan het JMV-dashboard voor de dimensie rechtmatigheid, die investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen vergelijkt met de totale materiële vast activa, wanneer modelinstelling 'Groot' wordt geselecteerd. Deze nieuwe indicator voegt informatie toe en heeft naar verwachting zeggingskracht.
Toevoeging vergelijking over meerdere jaren	Uit kwantitatieve analyses blijkt dat de gemiddelde indicatorscore over beschikbare jaren zeggingskracht toevoegt bovenop de indicatorscore in één jaar. Ook gaf de begeleidingscommissie tijdens interviews aan dat deze informatie van toegevoegde waarde is.	Voeg een modelinstelling toe waarbij, in plaats van de indicatorscore voor een jaar, de gemiddelde indicatorscore over alle beschikbare jaren wordt genomen.
Toevoeging indicator verantwoordings-kenmerken en kwaliteitscertificering	Gegevens over verantwoordings-kenmerken zijn openbaar beschikbaar en grotendeels volledig. Risico's op het gebied van kwaliteit en verantwoording kunnen zowel een teken zijn van financiële problemen als van onrechtmatigheden. Het was niet mogelijk om gegevens voor kwaliteitscertificering (HKZ-certificaat) te extraheren.	Voeg een indicator toe aan het JMV-dashboard voor de dimensie continuïteit, die penalty's toekent als JMV te laat is ingediend, onterecht niet is ingediend, of het verkeerde type of geen goedkeurende accountantsverklaring is ingediend. Deze nieuwe indicator voegt informatie toe en heeft naar verwachting zeggingskracht. We raden de projectgroep daarnaast aan om met HKZ in gesprek te gaan om de mogelijkheid van een HKZ-register Excel-uitdraai te bespreken.

1 Het doel van het JMV-dashboard is inzicht in mogelijke risico's op continuïteit en rechtmatigheid

Het JMV-dashboard geeft op een gebruiksvriendelijke manier inzicht in de JMV-gegevens en de risico's van zorgaanbieders op het vlak van twee dimensies: continuïteit en rechtmatigheid. Deze twee dimensies zijn onderbouwd met meerdere indicatoren. Om de twee dimensiescores te berekenen op basis van de indicatoren is er een model dat het JMV-dashboard voedt. Dit JMV-model gebruikt in de berekeningen afkapwaarden, grenswaarden en modelinstellingen. De indicatoren en het JMV-model zijn ontwikkeld door een projectgroep met de IKZ, NZa en IGJ. Zij hebben, op basis van hun ervaring met het onderzoeken en bestrijden van zorgfraude en een longlist met indicatoren, keuzes gemaakt over de indicatoren, afkapwaarden, grenswaarden en modelinstellingen.

1.1 Het huidige JMV-dashboard vergelijkt zorgaanbieders op twee dimensies met in totaal negen onderliggende indicatoren

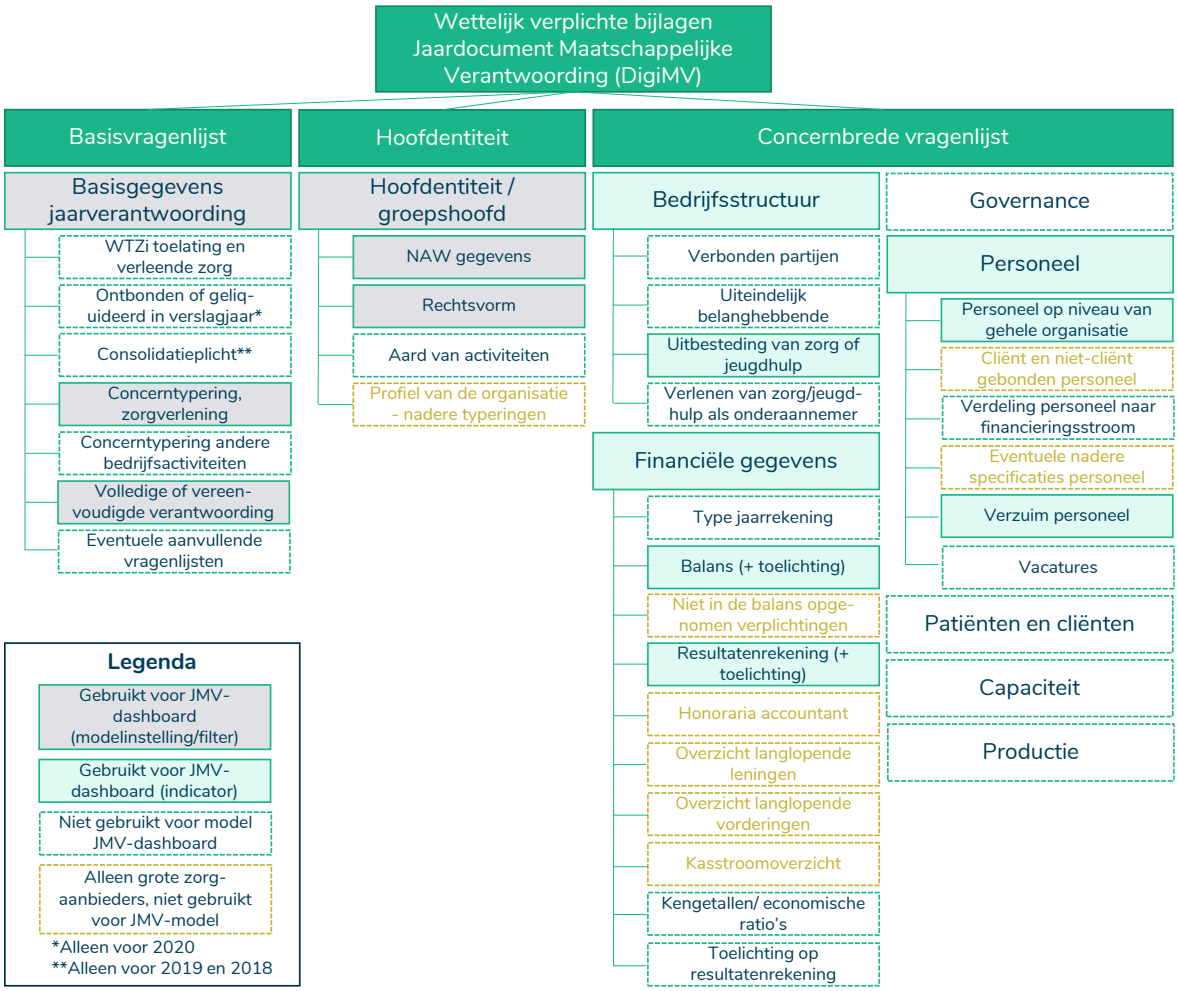
Op basis van JMV-gegevens hebben NZa, IGJ en IKZ een dashboard ontwikkeld om risico's op het vlak van continuïteit en rechtmatigheid (de dimensies) in kaart te brengen. Middels drie verschillende pagina's is het mogelijk om zorgaanbieders op een gebruikersvriendelijke manier te vergelijken en op een overzichtelijke manier gegevens van een zorgaanbieder in te zien (§1.1.1). De twee dimensies zijn gebaseerd op totaal negen indicatoren (§1.1.2). De indicatoren zijn geselecteerd door de projectgroep die het dashboard heeft ontwikkeld (§1.1.3).

1.1.1 Het JMV-dashboard geeft de mogelijkheid om op een gebruikersvriendelijke manier gegevens en mogelijke risico's van zorgaanbieders in te zien en te vergelijken

Het doel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) dashboard is om op een gebruiksvriendelijke manier inzicht te bieden in de risico's van zorgaanbieders op het vlak van continuïteit en rechtmatigheid. De gegevens in het dashboard komen uit de JMV-dataset van het CIBG[2]. Deze dataset bevat gegevens die zorgaanbieders invullen via het online aanleverportaal DigiMV. Deze gegevens dienen ingevuld te worden door instellingen voor medisch-specialistische

[2] www.jaarverantwoordingzorg.nl/

zorg, persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling anders dan behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening en regionale ambulancevoorzieningen. Figuur 2 geeft een overzicht van de (sub-)vragenlijsten in DigiMV. Naast deze vragenlijsten deponeren zorgaanbieders de jaarrekening en de accountantsverklaring. De JMV-gegevens zijn voor veel doeleinden te gebruiken. Toezichthouders kunnen de JMV-gegevens bijvoorbeeld gebruiken voor data- en signaal-gestuurd toezicht.



Figuur 2 De gegevens die zorgaanbieders in 2018 t/m 2020 in DigiMV invulden via vragenlijsten omvat informatie over de organisatiestructuur, financiële gegevens, governance, personeel, patiënten en cliënten, capaciteit en productie.

De JMV-gegevens in ruwe vorm zijn lastig te gebruiken. Dit komt omdat de kolomnamen abstract zijn, bijvoorbeeld "jeu10800_jeu10800" in plaats van "Som der bedrijfsopbrengsten - Bedrag in euro's per einde verslagjaar". Verder staat voor de jaren voor 2020 de informatie over meerdere tabbladen in de Excel verspreid. Het JMV-dashboard geeft gebruikers de mogelijkheid om (een deel van) de informatie uit de JMV-gegevens makkelijk in te zien en te downloaden. Dit kan zowel in grafiek- als in tabelvorm. Het JMV-dashboard bestaat uit drie pagina's; de modelpagina, de zorgaanbiederpagina en de lijstpagina. Het JMV-dashboard gebruikt gegevens vanaf 2018.

1.1.2 De twee dimensies, continuïteit en rechtmatigheid, worden berekend op basis van onderliggende indicatoren

Het JMV-dashboard is gebaseerd op twee dimensies, continuïteit en rechtmatigheid.

- Continuïteit is een maatstaf om te beoordelen of de zorgaanbieder in staat is om dezelfde zorg op voldoende niveau te blijven leveren. Een instelling met financiële problemen heeft minder mogelijkheden om te investeren en innoveren in de kwaliteit van zorg of is genoodzaakt bezuinigingen door te voeren die (op termijn) ten koste kunnen gaan van de hoeveelheid, kwaliteit en veiligheid van zorg. In het ergste geval gaat de instelling failliet waardoor de zorg aan cliënten niet meer gewaarborgd is.
- Rechtmatigheid wordt gebruikt om te beoordelen of de zorgaanbieder zich gedraagt zoals er op grond van wetten en regels (maar ook normen en codes) van een integer bestuurde zorgaanbieder wordt verwacht. Oftewel, gaan de zorggelden daadwerkelijk naar het leveren van zorg?

Per dimensie selecteerde de projectgroep 5 indicatoren die gezamenlijk een dimensiescore geven. In Tabel 3 staat het overzicht van de huidige indicatoren per dimensie. Resultaatratio is onderdeel van beide dimensies.

Tabel 3. De twee dimensies van het JMV-dashboard hebben ieder 5 onderliggende indicatoren, de tabel beschrijft de situatie bij een risico voor continuïteit/rechtmatigheid voor desbetreffende indicator.

Continuïteit	Rechtmatigheid
Resultaatratio[3] Is er verlies gemaakt?	Resultaatratio[3] Is er hoge winst gemaakt?
Liquiditeitsratio Zijn er onvoldoende middelen om op korte termijn schulden af te lossen?	% Loonkosten/Omzet Gaat er onvoldoende geld naar personeelskosten?
Weerstandsvermogen Zijn er onvoldoende reserves om financiële verliezen op te vangen?	Zorgomzet / fte Wordt er onvoldoende zorg geleverd per fte?
Ziekteverzuim Is het percentage ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof) hoog?	% Uitbestedingen Wordt meer dan 10% van de omzet gebruikt voor het inkopen van zorg?
% Uitstroom Is het percentage uitstroom in verslagjaar t.o.v. totaal personeel aan het eind van het jaar (in fte) hoog?	Omzetgroei t.o.v. vorig jaar Heeft een grote verandering van de omzet plaatsgevonden?

1.1.3 De huidige indicatoren zijn geselecteerd door de projectgroep uit een longlist

De indicatoren zijn geselecteerd door de projectgroep. De projectgroep heeft eerst een longlist opgesteld. Naast de ervaring van IGJ en NZa zijn hiervoor meerdere bronnen gebruikt, zoals Kurtosis scan financiële gezondheid en rechtmatigheid, Follow the money en BDO financiële stresstest ziekenhuizen. Dit resulteerde in een lijst van zo'n 60 mogelijke indicatoren. Per mogelijke indicator is een toelichting geschreven en gekeken of informatie in de JMV-gegevens beschikbaar was om de indicator op te baseren. Vervolgens is op basis van de expert opinion van de NZa en IGJ de bruikbaarheid voor toezicht vastgesteld, en de prioriteit voor een eerste versie van het dashboard bepaald. De projectgroep maakte de keuze om met een kleine selectie indicatoren te beginnen en deze te baseren op JMV-gegevens. De achterliggende gedachte was dat het JMV-dashboard in de toekomst verder uitgebreid kan worden met meer indicatoren.

[3] Resultaatratio is zowel een indicator voor continuïteit als voor rechtmatigheid

1.2 Het JMV-model gebruikt afkapwaarden, grenswaarden en modelinstellingen

Om tot een inschatting van de risico's op continuïteit en rechtmatigheid te komen worden uitbijters in JMV-gegevens geschoond met afkapwaarden (§1.2.1). Daarna gebruikt het JMV-model modelinstellingen om een vergelijkingsgroep te bepalen (§1.2.2). Tot slot wordt de geschoonde data middels de vergelijkingsgroep verwerkt tot indicatorscores (§1.2.3) en dimensiescores (§1.2.4)

1.2.1 Uitbijters in de JMV-gegevens worden gecorrigeerd met afkapwaarden en specifieke aannames

Het komt voor dat zorgaanbieders lege waarden of waarde nul hebben voor een deel van de JMV-gegevens. Om de zorgaanbieder toch mee te kunnen nemen in het model heeft de projectgroep voor een deel van de missende waarden aannames gedaan. Hierbij zijn aannames gekozen die geen negatief effect hebben op de scores van de zorgaanbieders. De volgende bewerkingen zijn doorgevoerd:

- Als velden over schulden leeg zijn, dan vulden ze deze velden met nul.
- Als percentage uitbestedingen leeg is en de vraag “Heeft de zorgaanbieder uitbesteed?” met ‘Nee’ wordt beantwoord, dan vulden ze voor uitbestedingen 0% in.
- Als er geen uitstroom van personeel is ingevuld, dan vulden ze dit veld met nul.
- Als het veld ‘overige opbrengsten’ leeg is, dan vulden ze dit veld met nul.

Naast het opschonen van de data door aannames over missende waarden en waarden gelijk aan nul, gebruikt het dashboard afkapwaarden om de invloed van uitbijters te verminderen. De meeste indicatoren hebben twee afkapwaarden, een ondergrens en een bovengrens. Indien een zorgaanbieder boven de bovengrens of onder de ondergrens op een indicator scoort, wordt deze in het model aangepast naar de afkapwaarde. Afkapwaarden (Bijlage 2: Details JMV-dashboard) zijn vastgesteld op basis van data-analyses gecombineerd met een inschatting van wanneer een waarde vermoedelijk een uitbijter is.

Verder gebruikt het model grenswaarden. De grenswaarde is nodig om aan te geven wanneer een score afwijkt en er een grotere kans op risico's op continuïteit en rechtmatigheid is. Door de grenswaarden worden de indicatorscores gestandaardiseerd zodat ze in het model gecombineerd kunnen worden tot een dimensiescore. De grenswaarde is bepalend voor de indicatorscore.

Voor vier indicatoren is de grenswaarde een absolute waarde, waar mogelijk bepaald op basis van bronnen of logica. Dit is het geval bij:

- Resultaatsratio (continuïteit): de grenswaarde is gelijk aan 0. Een zorgaanbieder heeft dus een score lager dan 1 als de zorgaanbieder verlies maakt, de aanname is dat het maken van verlies een risico is voor de continuïteit.
- Liquiditeitsratio: de grenswaarde is gelijk aan 1. Een liquiditeitsratio kleiner dan 1 betekent dat er op korte termijn meer schulden zijn dan middelen om deze schulden te betalen. Dit wordt ook wel een liquiditeitstekort genoemd. De verwachting is dat een liquiditeitstekort

een risico is voor de continuïteit. Kurtosis en de kamer van koophandel (KvK) gebruiken dezelfde grenswaarde. Een gemiddelde onderneming heeft een liquiditeitsratio tussen de 1,2 en 1,5.[4]

- Weerstandsvermogen: de grenswaarde is gelijk aan 15% op basis van het percentage waarvoor het waarborgfondszorg aangeeft dat het weerstandsvermogen onder deze waarde zwak is[5].
- Percentage uitbestedingen: de grenswaarde is gelijk aan 10%[6]. De projectgroep geeft aan dat hoe lager het percentage uitbestedingen is hoe beter.

Voor de overige zes indicatoren is de grenswaarde relatief aan de vergelijkingsgroep. Hierbij wordt gewerkt met percentielen. De projectgroep heeft gekozen om de grenswaarde zodanig te nemen dat het kwart van de zorgaanbieders met het hoogste risico voor een indicator een indicatorscore onder de 0 heeft. Voor sommige indicatoren betekent dit een grenswaarde van percentiel 75 en voor andere indicatoren een grenswaarde van percentiel 25. De projectgroep vond percentiel 90 te streng (slechts een zeer beperkte groep van zorgaanbieders scoort negatief) en percentiel 50 te weinig differentiërend.

1.2.2 Door de modelinstellingen heeft de gebruiker invloed op de vergelijkingsgroep

De gebruiker van het JMV-dashboard heeft invloed op de uitkomsten van het model via de modelinstellingen. Middels het selecteren van het verslagjaar, de zorgsector en het type zorgaanbieder (groot of micro) kiest de gebruiker welke groep zorgaanbieders vergeleken wordt. Dit heeft impact op de uitkomsten omdat zes van de tien indicatorscores relatief zijn aan de vergelijkingsgroep door de gekozen grenswaarde (§1.2.1). Een goede vergelijkingsgroep is noodzakelijk voor de uitkomsten van het model, omdat de risico's op het gebied van continuïteit en rechtmatigheid op die manier vastgesteld worden ten opzichte van relevante andere zorgaanbieders.

Naast de modelinstellingen, kan de gebruiker de instellingen voor de berekeningen aanpassen. Het gaat om:

- Grenswaarden
- Afkapwaarden
- Wel/niet includeren van scores onder en/of boven grenswaarden
- De weging van de indicatoren om tot de dimensiescore te komen
- De hoogte van de aftrek van de dimensiescore per missende indicator

Tot slot is het mogelijk om de resultaten te filteren op regio, rechtsvorm, groot/micro, omzetgrootte en aantal missende indicatoren per dimensie. Deze filters hebben geen impact op de vergeleken

[4] KvK Ondernemersplein - Financieel inzicht in uw onderneming
[5] Het waarborgfonds zorg geeft in de "Pros en contras bij beoordeling borgingsverzoek" aan dat het weerstandsvermogen zwak is bij < 15%. (www.wfz.nl/uploads/file/Pagina-documenten/WFZ_Pros_en_contras_bij_beoordeling_borgingsverzoek.pdf)
[6] De onderliggende JMV-gegevens worden aangeleverd als categorale variabele per 10%.

zorgaanbieders in het model, maar wel op de weergegeven zorgaanbieders. Een wijziging in de filterinstellingen leidt niet tot een verandering van de indicator- en dimensiescores.

1.2.3 Indicatoren worden berekend aan de hand van kolommen uit de JMV-gegevens, afkapwaarden en grenswaarden

Voor elke indicator krijgt de zorgaanbieder een score tussen min één en plus één. De waarde met het minste risico (na toepassingen van de afkapwaarde) in de groep zorgaanbieders krijgt de score één, die met het meeste risico krijgt de score min één. De overige zorgaanbieders krijgen, afhankelijk van hun positie t.o.v. de twee uiterste waarden en de grenswaarde een gestandaardiseerde score tussen de min één en nul of tussen de nul en plus één. Indicatorscores zijn dus relatief aan de grenswaarde én aan andere zorgaanbieders. De formule voor de indicatorscore is te vinden in Bijlage 2: Details JMV-dashboard.

Voor de indicatoren ziekteverzuim en uitbestedingen is er een extra stap in de berekening. Als een zorgaanbieder positief scoort (een score tussen nul en plus één), wordt de score teruggezet naar nul. Deze stap is ingebouwd omdat veel zorgaanbieders een score van één hebben (geen ziekteverzuim of geen zorg uitbesteed respectievelijk). Als de indicator hier niet voor wordt gecorrigeerd, worden andere indicatoren overschaduwd. Dat ziekteverzuim soms niet is ingevuld komt bijvoorbeeld doordat alleen met inhuurkrachten wordt gewerkt. Door deze stap heeft ziekteverzuim en uitbestedingen alleen een negatieve invloed op de score voor continuïteit of rechtmatigheid.

1.2.4 De dimensiescore is het gewogen gemiddelde van de indicatorscores

De twee dimensiescores zijn beide gebaseerd op een gewogen gemiddelde van vijf indicatoren. De indicatoren liquiditeitsratio en loonkosten/omzet wegen beide twee keer zo zwaar mee in de standaard modelinstellingen. Hiervoor is gekozen door de projectgroep omdat zij verwachtten dat deze indicatoren belangrijk zijn voor het vaststellen van de risico's voor de continuïteit en rechtmatigheid van de zorg op korte termijn. Bijlage 2: Details JMV-dashboard bevat een gedetailleerde uitleg van de berekening van de dimensiescore.

2 De JMV-gegevens gebruikt in het huidige JMV-model zijn betrouwbaar

Middels zes verschillende controles toetsten we de kwaliteit van de gegevens die het JMV-dashboard gebruikt. We concludeerden dat zorgaanbieders die JMV-gegevens aanleverden de gegevens die gebruikt worden in het JMV-model over het algemeen betrouwbaar en volledig invulden. Dit maakt deze JMV-gegevens een goede basis voor het dashboard. De datakwaliteit van meer gedetailleerde gegevens/uitsplitsingen is matig. Hier moet rekening mee gehouden worden bij uitbreidingen van het JMV-model.

Het JMV-dashboard is gebaseerd op de Jaarverantwoording Zorg en Jeugd, ook wel Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) genoemd. Naast het invullen van vragenlijsten deponeert de zorgaanbieder de jaarrekening en de accountantsverklaring (indien van toepassing). Zorgaanbieders vullen gegevens in via het online aanleverportaal DigiMV. In het aanleverportaal zijn basisrekenregels gedefinieerd met checks of ingevulde waarden logisch zijn. Er vindt daarnaast steekproefsgewijs toezicht plaats of zorgaanbieders die onder de WTZi vallen inderdaad hun data aanleveren. Op de kwaliteit van ingevulde gegevens van zorgaanbieders vindt echter geen toezicht plaats. De kwaliteit van de gegevens is daarom afhankelijk van de nauwkeurigheid waarmee zorgaanbieders de gegevens invullen. Een uitgebreide aanpak en verantwoording van uitgevoerde controles op datakwaliteit is opgenomen in Bijlage 3: JMV-gegevens en kwaliteit.

Aangezien de betrouwbaarheid en validiteit van het huidige JMV-model afhankelijk zijn van de kwaliteit van de onderliggende JMV-gegevens, zijn zes controles op de datakwaliteit uitgevoerd. Deze controles toetsen de gegevens die gebruikt worden voor het JMV-model: in de indicatoren, modelinstellingen en filters zoals aangegeven in Figuur 2. In de lijstpagina worden daarnaast andere JMV-gegevens getoond in tabelvorm, van deze gegevens toetsten we de datakwaliteit niet.

Voor de meeste variabelen gebruikt voor het JMV-model is de kwaliteit van de JMV-gegevens in orde, alleen voor gegevens over wel/geen vereenvoudigde verantwoording en de uitbesteding van zorg is de kwaliteit matig. De aanbevelingen geven suggesties voor de omgang met de mindere kwaliteit. Een overzicht van alle controles is opgenomen in Tabel 4, in de paragrafen daarna gaan we in meer detail in op iedere controle. Alleen zorgaanbieders die JMV-gegevens indienen zijn onderdeel van de controle op datakwaliteit. We schatten in dat ieder jaar ten minste 4% van de zorgaanbieders die onder de WTZi valt onterecht geen JMV-gegevens indient. Zorgaanbieders die in geen enkel jaar JMV-gegevens indienden zijn niet in kaart te brengen met het dashboard.

Tabel 4 Voor de meeste variabelen gebruikt voor het JMV-model is de kwaliteit van de JMV-gegevens in orde, alleen voor wel/geen vereenvoudigde verantwoording en de uitbesteding van zorg is de kwaliteit matig.

Type informatie	Check	Kwaliteit	Conclusie
Modelinstelling	Concerntypering *Consistentie over jaren en vergelijking met CBS*	In orde	De aantallen per concerntypering voor 2019 en 2020 zijn vergelijkbaar, de verhouding over de categorieën komt redelijk overeen met CBS. De ingevulde concerntypering komt overeen met de concerntyperingen waarvoor zorgaanbieders omzet invulden in de toelichting op de resultatenrekening.
Modelinstelling en filter	Verantwoording (micro/groot) *Controle met andere ingevulde JMV-gegevens door zorgaanbieder*	Matig	In totaal geeft 6% van de zorgaanbieders onterecht aan in verslagjaar 2020 aan minimaal twee van de drie eisen voor vereenvoudigde verantwoording te voldoen, de grenswaarden voor vereenvoudigde verantwoording worden fors overschreden. Dit betrof allen zorgaanbieders die in 2020 (wellicht dus onterecht) classificeerden als micro-zorgaanbieder. **Aanbeveling:** wijzig het verantwoordingstype in het model voor de organisaties die op basis van een check op omzet, activa en personeel onterecht doorgaan als micro-zorgaanbieder naar 'groot'.
Filter	Rechtsvorm *Controle met huidige rechtsvorm in KvK*	In orde	Bij 96% van de zorgaanbieders komt de rechtsvorm in JMV overeen met KvK, voor de overige 4% zijn verschillende verklaringen mogelijk.
Input voor indicator	Uitbesteding van zorg *Controle met andere ingevulde JMV-gegevens door zorgaanbieder*	Matig	In 2020 geeft ca. 40% van de zorgaanbieders onterecht aan geen zorg te hebben uitbesteed/verleend. Van alle zorgaanbieders vulde 5% kosten uitbestedingen wel in maar gaf tegelijk (onterecht) aan geen zorg te hebben uitbesteed. Bij 23% van de zorgaanbieders die wel zorg uitbesteed heeft, komt het % uitbestedingen niet overeen met het berekende percentage o.b.v. de JMV-gegevens. **Aanbeveling:** bepaal het % uitbestedingen op basis van het maximum van het percentage opgegeven door de zorgaanbieder, en het berekende percentage (ook als het opgegeven percentage nul is), met de variabele "Kosten uitbesteding aan onderaanneming". Dit is alleen mogelijk zolang het dashboard niet uitgebreid wordt met waarden die alleen door grote zorgaanbieders ingevuld worden.
Input voor indicator	**Financieel & personeel:** Vergelijking jaarrekening *Controle met de ingediende jaarrekening te vinden op de website Jaarverantwoording in de zorg*	In orde (voor zover mogelijk)	**Financieel:** de gemiddelde afwijking is beperkt en/of te verklaren. **Personeel:** 25% komt niet overeen maar de gemiddelde afwijking is beperkt: kleiner dan 15% of kleiner dan 20 fte. Naar verwachting wordt dit grotendeels verklaard door interpretatieverschillen die niet te corrigeren zijn op basis van beschikbare gegevens. Controle is niet altijd mogelijk omdat personeelsgegevens niet altijd gerapporteerd worden in de jaarrekening.

Input voor indicator	**Financieel & personeel:** Consistentie gegevens Controle met andere ingevulde JMV-gegevens door zorgaanbieder	In orde	Aan de 4 checks op de consistentie van ingevulde gegevens die gebruikt worden in het model voldeed gemiddeld slechts 3% van de zorgaanbieders niet. Deze zijn in orde. Aan de checks op meer gedetailleerde gegevens/uitsplitsingen voldeed gemiddeld 17% niet. Dit vormt een risico bij het toevoegen van nieuwe gegevens aan het JMV-model.

2.1 De gegevenskwaliteit voor de modelinstellingen is in orde voor concerntypering, en matig voor type verantwoording

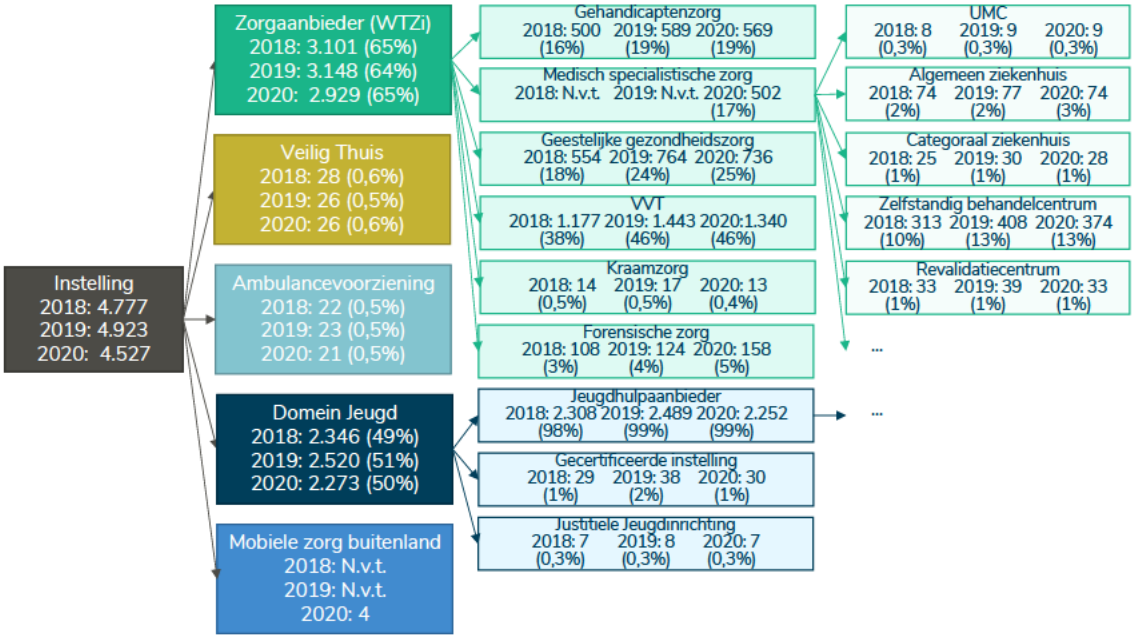
De gegevens gebruikt in het JMV-model omtrent de concerntypering zijn betrouwbaar. De datakwaliteit van de gegevens voor wel/geen vereenvoudigde verantwoording is matig. Namelijk, 6% van alle zorgaanbieders vult onterecht in aan minimaal twee van de drie eisen voor vereenvoudigde verantwoording te voldoen, terwijl de grenzen fors worden overschreden.

Aantallen voor de verschillende categorieën concerntyperingen zijn stabiel, en de verhouding over de categorieën komt redelijk overeen met gegevens van CBS

Bij de concerntypering selecteert een zorgaanbieder het type bedrijfsactiviteiten. Selectie van meerdere antwoorden is mogelijk. De concerntypering wordt alleen uitgevraagd voor zorgaanbieders (WTZi)[7] en instellingen in het domein Jeugd. Figuur 3 geeft een overzicht van de concerntyperingen. In 2019 en 2020 hebben alle zorgaanbieders tenminste één optie aangevinkt. De aantallen voor 2019 zijn vergelijkbaar met 2020, en de verhouding over de categorieën komt redelijk overeen met CBS[8]. Daarnaast blijkt dat de ingevulde concerntypering overeenkomt met de concerntyperingen waarvoor zij omzet invulden in de toelichting op de resultatenrekening. Op basis hiervan concluderen wij dat zorgaanbieders de concerntypering vrij accuraat invullen.

In 2018 zijn de aantallen voor alle categorieën lager. De verklaring is dat voor zorgaanbieders (WTZi) die in 2018 invulden dat ze geen WTZi-zorg (Wlz en/of Zvw-zorg) verleenden in 2018. De vragenlijsten in DigiMV zijn beperkt tot de basisvragenlijst en de vragenlijst hoofdentiteit. Voor deze ca. 500 zorgaanbieders zijn daarom bijna geen JMV-gegevens beschikbaar.[9] De concerntypering voor deze zorgaanbieders is niet uitgevraagd.

[7] Alle zorgaanbieders die JMV-gegevens aan dienen te leveren en niet vallen onder domein Jeugd, Veilig Thuis, Ambulance-voorziening of mobiele zorg buitenland.
[8] CBS - Zorginstellingen; kerncijfers, aantal middelgrote en grote ondernemingen per branche
[9] In de standaardinstellingen van het JMV-dashboard worden deze zorgaanbieders niet weergegeven omdat ze voor beide dimensies 5 missende indicatoren hebben en in de standaardinstellingen maximaal 1 missende indicator is toegestaan.



Figuur 3 Voor iedere categorie concerntypering is het aantal zorgaanbieders redelijk gelijk in 2019 en 2020, in 2018 is het aantal zorgaanbieders kleiner. Categorieën alleen weergegeven als gebruikt in het JMV-model.

Ca. 20% van de zorgaanbieders selecteerde twee of meer concerntyperingen, 4% van alle instellingen selecteerde drie of meer concerntyperingen. Met name justitiële jeugdinstellingen (86%), forensische zorg (86%), gehandicaptenzorg (69%), kraamzorg (69%), gecertificeerde instellingen (67%), UMC's (67%) en GGZ (63%) selecteerden relatief vaak twee categorieën. Het valt op dat vooral de combinatie met jeugdhulpaanbieder vaak voorkomt. Bijvoorbeeld 59% van de instellingen in de categorie forensische zorg heeft tevens de categorie jeugdhulpaanbieder geselecteerd. Combinaties met medisch specialistische zorg (UMC, Algemeen ziekenhuis, ...) komen weinig voor, gezien de specialistische aard is dit conform verwachting. De JMV-gegevens van 2018 en 2019 resulteren in vergelijkbare percentages.

Voor het type verantwoording geeft in 2020 circa 6% van alle zorgaanbieders onterecht aan in 2020 aan twee van de drie eisen voor vereenvoudigd verantwoorden te voldoen

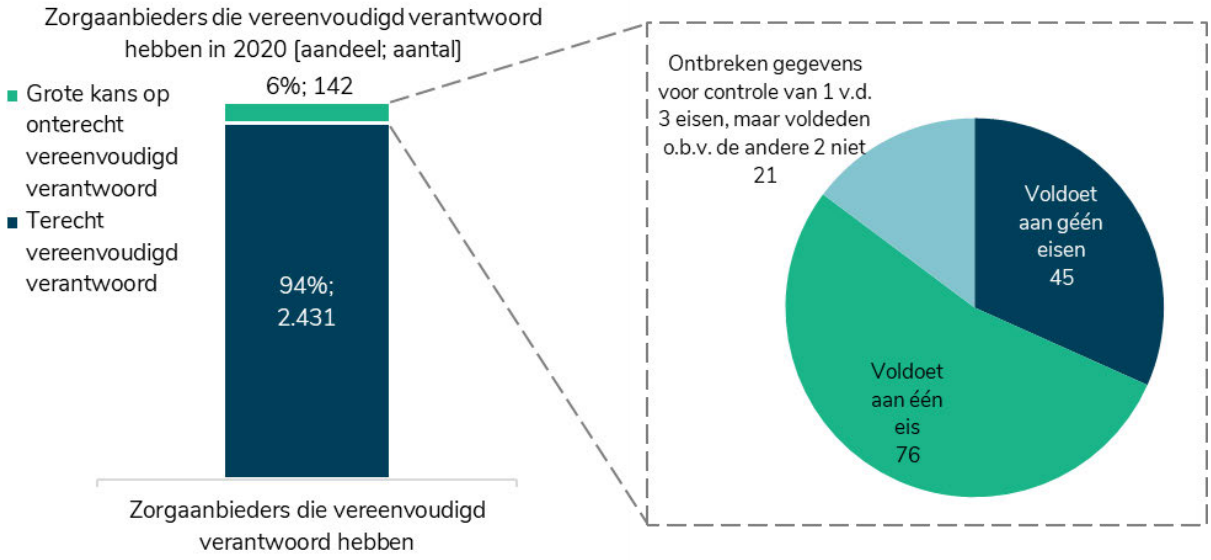
Een zorgaanbieder mag vereenvoudigd verantwoorden als deze op twee achtereenvolgende balansdata, of zonder onderbreking op twee opeenvolgende balansdata in voorgaand jaar, voldoet aan twee van de drie onderstaande criteria:

1. de waarde van de activa volgens de balans met toelichting bedraagt, op de grondslag van de verkrijgings- en vervaardigingsprijs, niet meer dan € 350.000;
3. de netto-omzet over het verslagjaar bedraagt niet meer dan € 700.000;
4. het gemiddeld aantal werknemers over het verslagjaar bedraagt minder dan 10 fte.

Zorgaanbieders geven in de basisvragenlijst aan of zij voldoen aan de eisen voor vereenvoudigde verantwoording. Wanneer een zorgaanbieder vereenvoudigd mag verantwoorden is dit in het JMV-dashboard een micro-zorgaanbieder, anders is het een grote zorgaanbieder. Het JMV-dashboard maakt zowel in de modelinstellingen als in de filters onderscheid tussen deze twee categorieën. Het JMV-dashboard hanteert ten opzichte van de regeling verslaggeving WTZi, waarin onderscheid wordt gemaakt naar micro/klein/middelgroot/groot, dus minder categorieën.

4Circa 6% van de zorgaanbieders gaf in 2020 onterecht aan in dat jaar aan twee van de drie eisen voor vereenvoudigde verantwoording te voldoen (Figuur 4).[10] Dit betrof alleen zorgaanbieders die in 2020 (wellicht onterecht[11]) classificeerden als micro-zorgaanbieder. Voor zorgaanbieders die boven de grenzen van €350.000 activa, €700.000 omzet en 10 werknemers uitkomen, worden de grenzen fors overschreden. Zorgaanbieders die onterecht aangeven dat ze voldoen aan de eis hebben gemiddeld bijvoorbeeld 95 werknemers. Er is geen categorie concerntypering waarvoor zorgaanbieders bovengemiddeld vaak onterecht aangeven aan twee van de drie eisen te voldoen. Op basis van deze resultaten concluderen wij dat de datakwaliteit voor de gegevens rondom vereenvoudigde verantwoording matig is. We bevelen daarom aan om met een check op omzet, activa en personeel, het verantwoordingstype in het model voor de organisaties die onterecht doorgaan als micro-zorgaanbieder alsnog te veranderen naar 'groot'. Dit is mogelijk omdat het huidige JMV-model alleen indicatoren heeft die zowel voor kleine als grote zorgaanbieders beschikbaar zijn,

Indien een zorgaanbieder onterecht vereenvoudigd verantwoordt, heeft dit grote gevolgen voor de JMV-gegevens. De verantwoording in DigiMV is namelijk veel uitgebreider voor grote zorgaanbieders. In het huidige JMV-dashboard worden deze extra gegevens niet gebruikt, bij eventueel toevoegen van deze informatie moet hier wel rekening mee gehouden worden.



Figuur 4. In totaal geven 142 (6%) van de 2.573 zorgaanbieders in JMV-gegevens van 2020 onterecht aan in verslagjaar 2020 aan minimaal twee van de drie eisen voor vereenvoudigd verantwoorden te voldoen

[10] Dit betekent niet dat de vraag met opzet onterecht is ingevuld, het kan bijvoorbeeld ook gaan om een interpretatieverschil. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als een zorgaanbieder de zorgopbrengsten invult terwijl het gaat om het totaal van de commerciële opbrengsten, of dat een zorgaanbieder aangeeft vereenvoudigd te mogen verantwoorden omdat een zorgaanbieder in voorgaande jaren vereenvoudigd mocht verantwoorden. Naar mogelijke verklaringen hebben wij geen verder onderzoek gedaan.

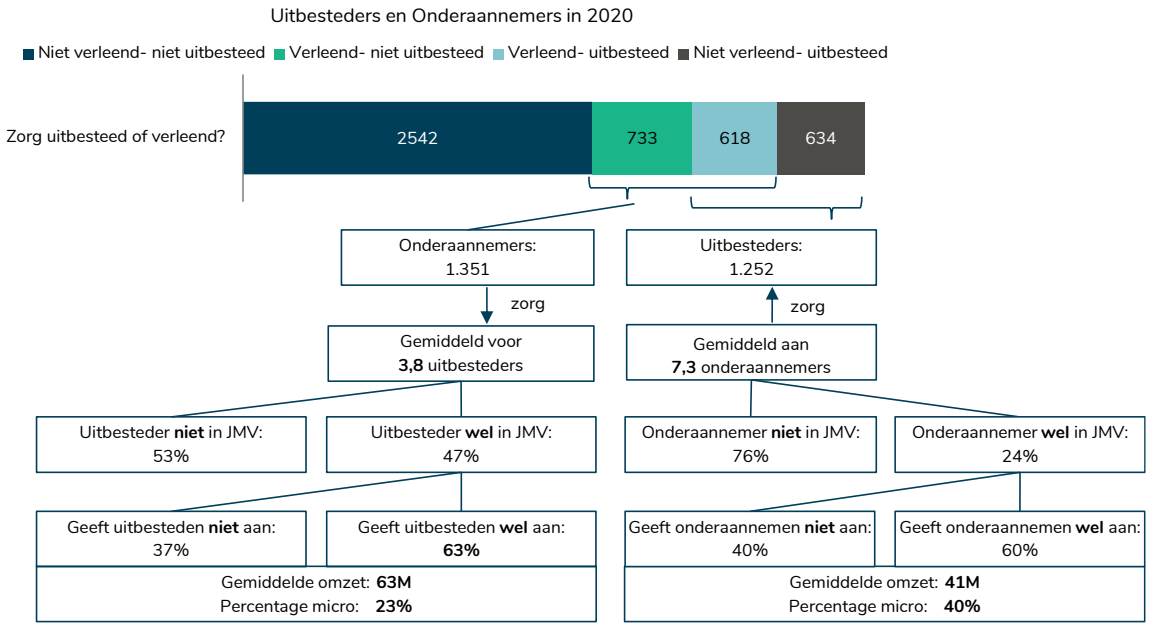
[11] Het kan niet met zekerheid gezegd worden dat deze zorgaanbieders onterecht classificeerden als micro-zorgaanbieder, omdat nagenoeg alle zorgaanbieders geen vraag hebben gekregen of zij in 2018 aan de eisen voldeden, indien zijn namelijk zowel in 2019 als 2018 wel aan de eisen voldeden dan zouden ze alsnog vereenvoudigd mogen verantwoorden.

2.2 De indicator “% uitbestedingen” kan worden verfijnd door informatie voor “kosten uitbesteding” mee te nemen

De toets op de datakwaliteit van uitbestedingen is tweeledig:

1. Geven zorgaanbieders op dat zij zorg hebben uitbesteed (alleen voor zorgaanbieders waarvan andere zorgaanbieders hebben aangegeven zorg te verlenen als onderaannemer)?
2. Vullen zorgaanbieders met een bedrag hoger dan nul voor “Kosten uitbesteding aan onderaanneming” in dat zij zorg hebben uitbesteed?

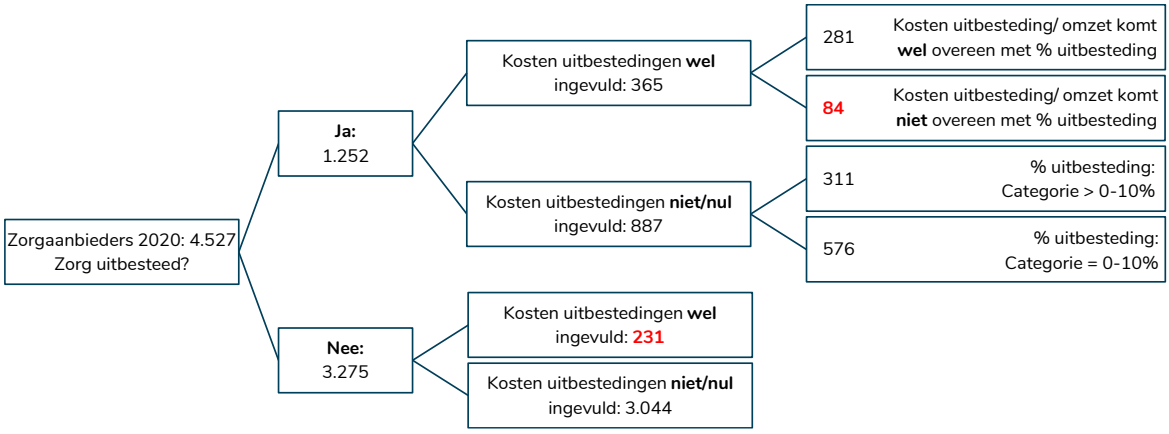
Voor de eerste toets blijkt dat circa 40% van uitbesteders en onderaannemers onterecht aangeven geen zorg te hebben uitbesteed of verleend. Dit is het percentage over de zorgaanbieders die in de JMV-gegevens terug te vinden zijn. Voor uitbesteders is ongeveer de helft niet terug te vinden in de JMV-gegevens, en voor onderaannemers ongeveer drie kwart. Een mogelijke verklaring voor dit verschil is dat onderaannemers (gemiddeld €41 miljoen omzet, 40% is micro-zorgaanbieder) gemiddeld kleiner zijn dan uitbesteders (gemiddeld €63 miljoen omzet, 23% is micro-zorgaanbieder). Omdat voor de circa 40% van de uitbesteders/onderaannemers die onterecht aangeven geen zorg te hebben uitbesteed of verleend geen kosten of percentage uitbestedingen bekend is, is een correctie in de gegevens voor het JMV-model niet mogelijk.



Figuur 5 De 1.351 onderaannemers verlenen gemiddeld zorg voor 3,8 uitbesteders, van deze uitbesteders (die in de JMV-gegevens terug te vinden zijn) heeft 63% inderdaad aangegeven zorg uit te besteden

Voor de tweede toets concluderen we uit gegevens van de zorgaanbieder dat zij in 5% van de gevallen wel kosten uitbestedingen groter dan nul invulden maar ook (onterecht) aangeven geen zorg te hebben uitbesteed (Figuur 6). Als een zorgaanbieder wel aangeeft zorg uitbesteed te hebben komt relatief vaak (in 23% van de gevallen) het ingevulde percentage uitbestedingen niet overeen met het berekende percentage.

Een verfijning van de indicator “% Uitbestedingen” in het JMV-dashboard is mogelijk door het maximum te nemen van het percentage uitbestedingen ingevuld door de zorgaanbieder, en het berekende percentage op basis van de kosten uitbesteding zoals ingevuld door de zorgaanbieder. Daarnaast adviseren wij om voor zorgaanbieders die niet aangeven zorg uitbesteed te hebben, maar wel kosten uitbestedingen hebben ingevuld in de resultatenrekening, tevens het % uitbestedingen te bepalen en te includeren in de indicator. Bepaal dit door per zorgaanbieder de kosten uitbestedingen te delen door de omzet, en te bepalen in welke van de tien categorieën van % uitbestedingen de zorgaanbieder valt.



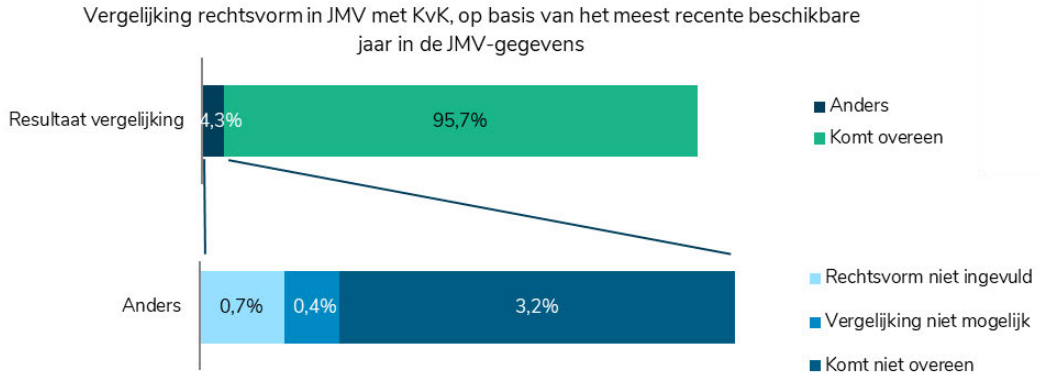
Figuur 6 In 2020 geeft 5% (231/4.527) van de zorgaanbieders op basis van kosten uitbestedingen onterecht aan geen zorg te hebben uitbesteed. Voor 23% (84/365) van de zorgaanbieders die zorg uitbesteedt komt het percentage uitbestedingen niet overeen met het berekende percentage uitbestedingen op basis van de resultatenrekening.

2.3 Voor 96% van de zorgaanbieders komt de rechtsvorm in de JMV-gegevens overeen met de rechtsvorm in KvK

In de vragenlijst hoofdentiteit selecteert de zorgaanbieder de rechtsvorm van de hoofdentiteit. Hier kunnen ze kiezen uit bijvoorbeeld eenmanszaak, vennootschap onder firma (VoF) of stichting. We vergeleken de JMV-gegevens, waarbij we uitgingen van het meest recente beschikbare jaar voor een zorgaanbieder, met de rechtsvorm uit de Kamer van Koophandel (KvK). Op basis daarvan concluderen we dat zorgaanbieders de rechtsvorm accuraat invullen. Uit Figuur 7 blijkt dat voor ~96% van de zorgaanbieders de rechtsvorm in de JMV-gegevens overeenkomt met de rechtsvorm uit de KvK. De resterende 4% is als volgt verdeeld:

- 27 (0,4%) van de zorgaanbieders heeft als rechtsvorm “Andere rechtsvorm, namelijk:” geselecteerd, waardoor een vergelijking met KvK niet mogelijk is;
- 41 (0,7%) van de zorgaanbieders heeft de rechtsvorm in DigiMV niet ingevuld (dit komt alleen voor in de JMV-gegevens van 2018 en 2019), in 80% van deze gevallen is de rechtsvorm in KvK “Eenmanszaak”).
- Voor 192 (3,2%) van de zorgaanbieders komt de rechtsvorm in de JMV-gegevens niet overeen met de rechtsvorm in KvK. Daarvoor zijn twee mogelijke verklaringen: het foutief invullen van de rechtsvorm door de zorgaanbieder en een tussentijdse wijziging van de rechtsvorm. Het meest recente jaar in de JMV-gegevens gehanteerd voor deze controle is 2020, terwijl de gegevens uit KvK de huidige status van de rechtsvorm weergeven. Van 2019 op 2020 veranderde in de JMV-gegevens voor ca. 80 zorgaanbieders de rechtsvorm.

Aangezien de JMV-gegevens ten minste 1,5 jaar achterlopen t.o.v. KvK is het aannemelijk dat een groot deel van het verschil tussen de JMV-gegevens en KvK verklaard wordt door tussentijdse wijzigingen.



Figuur 7 Voor de meeste zorgaanbieders (ca. 96%) komt de rechtsvorm uit de JMV-gegevens overeen met de rechtsvorm uit de KvK, slechts voor 3,2% van de zorgaanbieders komt de rechtsvorm niet overeen.

2.4 Een vergelijking tussen de JMV-gegevens en de jaarrekening en consistentie-checks tonen aan dat zorgaanbieders gegevens gebruikt in het JMV-model accuraat en consistent invullen

De concernbrede vragenlijst bestaat onder andere uit de balans, de resultatenrekening en gegevens omtrent personeel. Alle indicatoren in het JMV-model, m.u.v. “%-uitbestedingen”, zijn gebaseerd op deze gegevens. We toetsen de kwaliteit van deze gegevens door een vergelijking tussen de JMV-gegevens en de jaarrekening, en door acht checks op de consistentie waarmee zorgaanbieders DigiMV invulden. We concluderen dat zorgaanbieders de gegevens die gebruikt worden in het JMV-model over het algemeen accuraat en consistent invullen, de consistentie van meer gedetailleerde gegevens (niet gebruikt in het JMV-model) is echter wel matig.

Een vergelijking tussen de JMV-gegevens en de jaarrekening toont aan dat zorgaanbieders de JMV-gegevens in de meeste gevallen consistent met de jaarrekening invullen

We vergeleken JMV-gegevens met de jaarrekening separaat voor 60 unieke zorgaanbieders (van de in totaal 4.527 zorgaanbieders in 2020), geselecteerd o.b.v. 5 selectiecriteria voor zowel micro- als grote-zorgaanbieders en ieder type concerntypering. De gegevens omtrent uitstroom en ziekteverzuim van personeel vergeleken we niet, omdat deze gegevens zelden onderdeel zijn van de jaarrekening en daardoor controle nagenoeg nooit mogelijk is. De vergelijking leidt tot de volgende conclusies:

- Over het algemeen vullen zorgaanbieders JMV consistent met de jaarrekening in. De financiële gegevens (m.u.v. overige bedrijfsopbrengsten) komen bij minimaal 90% van de zorgaanbieders overeen met de jaarrekening. Slechts bij 2 zorgaanbieders is een

vermoedelijke fout in de JMV gevonden, waarbij ze JMV wel hebben ingevuld maar omzet dubbel hebben meegeteld of een factor tien fout hebben gemaakt.
- De overige bedrijfsopbrengsten zijn vaak zowel in JMV niet ingevuld als in de jaarrekening niet opgenomen. We gaan ervanuit dat er dan geen sprake is van overige bedrijfsopbrengsten.
- Voor personeel (fte) wijkt bij ca. 40% van de zorgaanbieders JMV af van de jaarrekening. Er zijn interpretatieverschillen waardoor posten onterecht wel of juist niet worden meegenomen (bijv. wel/geen stagiaires). Eén zorgaanbieder heeft de gegevens onterecht niet ingevuld. Bij de negen zorgaanbieders is de absolute afwijking beperkt (gemiddeld 4 fte) voor de overige vier zorgaanbieders is de gewogen gemiddelde afwijking beperkt (9%).

Acht checks op de consistentie van de JMV-gegevens in 2020 tonen aan dat zorgaanbieders gegevens gebruikt in het JMV-model over het algemeen consistent invullen

Om de consistentie van de ingevulde gegevens te beoordelen voerden we acht consistentie-checks uit. Dit gaat om checks waarbij bepaalde ingevulde gegevens op elkaar aan dienen te sluiten of te sommeren. Getallen die automatisch bepaald worden door rekenregels zijn geen onderdeel van de checks. Van de 8 checks op de consistentie van ingevulde gegevens, voldeed bijna 20% van de zorgaanbieders aan minder dan 7 checks. De checks waaraan vaak niet voldaan werd betreffen gedetailleerde gegevens/uitsplitsingen. De datakwaliteit van deze gegevens is matig, echter, deze zijn geen onderdeel van het JMV-model en beïnvloeden de kwaliteit daarvan daarom niet. Uit de consistentie-checks trekken we de volgende conclusies:

- Aan de 4 checks op de consistentie van ingevulde gegevens die gebruikt worden in het JMV-model voldeed gemiddeld slechts 3% van de zorgaanbieders niet. Zorgaanbieders vullen deze gegevens consistent in. Op basis hiervan concluderen we dat de datakwaliteit van deze gegevens in orde is.
- Aan de checks op meer gedetailleerde gegevens/uitsplitsingen voldeed gemiddeld 17% niet. De checks op gedetailleerde gegevens (uitsplitsing, opsomming of door zorgaanbieder berekend) resulteren bij alle checks in een hoger percentage niet ok dan de checks op gegevens uit het dashboard. We concluderen dat hoe gedetailleerder de gegevens zijn, hoe slechter de datakwaliteit is. Hier dient rekening mee gehouden te worden bij eventuele uitbreiding van het JMV-model met nieuwe indicatoren op basis van gedetailleerde gegevens. Vanaf 1 januari 2022 trad de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking. Onder deze wet worden andere gegevens uitgevraagd in DigiMV. Zo wordt bijvoorbeeld alleen de liquiditeitsratio, rentabiliteit en solvabiliteit uitgevraagd en niet meer de onderliggende financiële gegevens (vlottende activa, kortlopende schulden, etc.) waarvoor de datakwaliteit veelal in orde is. De matige datakwaliteit van deze ratio's vormt een risico voor de zeggingskracht van het JMV-model vanaf 2022.
- Voor 90% van de 121 zorgaanbieders (2,7% van totaal) waarvoor helemaal geen checks mogelijk zijn, is een verklaring te vinden (Bijlage 3: JMV-gegevens en kwaliteit). Daaruit concluderen we dat zorgaanbieders de gegevens over het algemeen terecht niet invullen. Voor het deel dat het onterecht niet invult (de resterende 10%) zou beter toezicht op de aanlevering een mogelijke oplossing zijn.

Tabel 5 Uit acht consistentie-checks op de gegevens van 2020 blijkt dat gegevens gebruikt door het JMV-model vrij accuraat worden ingevuld, de consistentie van meer gedetailleerde gegevens is matig (% niet OK rond de 20%). Checks waarbij gebruik wordt gemaakt van gedetailleerde gegevens zijn grijs gearceerd.

Nr	Check	% niet mogelijk[12]	% OK	% niet OK
1	Totale activa = totale passiva?	4,4%	94,7%	0,9%
2	Indien gemiddeld aantal personeel in verslagjaar > 0 is personeelskosten > 0? En andersom?	16,3%	77,4%	6,3%
3	Indien gemiddeld aantal personeel in verslagjaar > 15 is verzuim dan ingevuld?	64,5%	34,8%	0,7%
4	Is verschil % cliëntgebonden personeel en fte zorgverleners/fte totaal personeel < 10%	70,0%	26,7%	3,2%
5	Verschil liquiditeit ingevuld en berekend <10%?[13] (wordt bij deel door zorgaanbieder berekend)	9,3%	80,8%	9,5%
6	Verschil rentabiliteit ingevuld en berekend <10%?	11,6%	65,4%	23,0%
7	Verschil solvabiliteit ingevuld en berekend <10%?	7,2%	79,3%	13,5%
8	Komt voor alle bedrijfsactiviteiten (Zvw/Wlz/...) de som van omzet over de typering bedrijfsactiviteit (MSZ/ PUK, PAAZ/...) overeen met het ingevulde totaal?	9,8%	67,7%	22,4%
Zijn alle checks die mogelijk zijn OK?		2,7%	46,5%	50,9%
Zijn op 1 na alle checks die mogelijk zijn OK?		2,7%	77,9%	19,4%
Zijn op 2 na alle checks die mogelijk zijn OK?		2,7%	90,2%	7,1%

*

[12] De consistentiecheck is niet mogelijk als een deel van de gegevens benodigd voor de check niet beschikbaar is of gelijk is aan nul

[13] Liquiditeitsratio, rentabiliteit en solvabiliteit wijkt in veel gevallen een factor 100 af, omdat een deel van de zorgaanbieders een percentage invult in plaats van een ratio. In het '% OK' zijn zowel de zorgaanbieders meegenomen met een afwijking kleiner dan 10%, als de zorgaanbieders waarbij de afwijking kleiner is dan 10% als we de berekende liquiditeitsratio /rentabiliteit/solvabiliteit vermenigvuldigen met 100.

3 De zeggingskracht en validiteit van het huidige JMV-model zijn moeilijk te toetsen

Zeggingskracht: We gebruikten gegevens over faillissementen om de zeggingskracht voor continuïteit te toetsen. Zorgaanbieders die failliet zijn gegaan tussen 2019 en 2022 scoren in 2018 significant slechter op de continuïteitsindicatoren van het JMV-model. Of het JMV-model inzicht geeft in rechtmatigheidsrisico's is niet vast te stellen. Een vergelijking met het Verzamelpunt Zorgfraude gaf geen logische resultaten. Dit heeft drie mogelijke verklaringen: 1) de uitgevoerde statistische analyses op de gegevens uit het Verzamelpunt Zorgfraude zijn niet in staat om de zeggingskracht aan te tonen, 2) het Verzamelpunt Zorgfraude is geen goede bron voor een vergelijking, of 3) het model geeft weinig inzicht in rechtmatigheidsrisico's.

Validiteit: voor de afkapwaarden is een methodologisch robuustere methode mogelijk, de methode leidt echter niet tot meer inzicht in continuïteitsrisico's. De grenswaarden zijn met beschikbare gegevens moeilijk te onderbouwen, er is geen directe reden om de grenswaarden aan te passen. De samenhang tussen huidige continuïteitsindicatoren is beperkt. Voor de rechtmatigheid hangen drie van de vijf huidige indicatoren samen, deze gaan alle drie uit van omzet. We adviseren om de weging van %loonkosten/omzet te verlagen, omdat er geen goed alternatief is voor een aangepaste indicator. Andere onderzochte verfijningen van het JMV-model leverden geen aantoonbare verbeteringen op.

We raden de projectgroep aan om de zeggingskracht en validiteit opnieuw te toetsen op het moment dat voor continuïteit en rechtmatigheid een (betere) te verklaren variabele beschikbaar is.

In Hoofdstuk 2 concludeerden we dat de JMV-gegevens gebruikt in de indicatoren, filters en modelinstellingen van het JMV-model over het algemeen betrouwbaar en volledig zijn. Daarmee zijn de zeggingskracht en validiteit van het huidige JMV-model vooral afhankelijk van de verwerking van en berekeningen met de JMV-gegevens. In dit hoofdstuk onderzoeken we de zeggingskracht van het huidige JMV-model door een vergelijking te maken met andere bronnen die mogelijk een indicatie geven van rechtmatigheid/continuïteit (§3.1). Om de validiteit van het huidige JMV-model vast te stellen onderzochten we de afkapwaarden, grenswaarden en de

samenhang tussen indicatoren en tussen de twee dimensies (§3.2, §3.3 en §3.4). Als laatste onderzochten we twee mogelijke verfijningen om de zeggingskracht en validiteit van het huidige JMV-model te vergroten (§3.5 en §3.6)

3.1 Het JMV-model heeft zeggingskracht voor continuïteit, voor rechtmatigheid is de zeggingskracht niet te toetsen

Om de zeggingskracht van het JMV-model te toetsen, vergeleken we het model met andere bronnen die een indicatie geven van rechtmatigheid/continuïteit. Informatie uit deze andere bronnen gebruikten we als te verklaren variabele, oftewel, het verwachte gevolg van continuïteits- of rechtmatigheidsrisico's. Om de zeggingskracht vast te stellen bepaalden we vervolgens de (causale) relatie tussen de continuïteits- of rechtmatigheidsindicatoren van het JMV-model en de te verklaren variabele.

3.1.1 Zorgaanbieders die failliet zijn gegaan tussen 2019 en 2022 scoren significant slechter op continuïteitsindicatoren dan zorgaanbieders die niet failliet zijn gegaan

Voor continuïteit namen we faillissementen tussen 2019 en 2022 als te verklaren variabele voor het toetsen van de zeggingskracht van het JMV-model.[14] Via webscraping vonden we 79 zorgaanbieders die in deze periode failliet gingen. In 2018 kwamen er daarvan 63 terug in de JMV-gegevens, in 2019 waren dat er 33 en 2020 maar 14. Dit aantal is het grootst voor 2018 omdat faillissementen over een periode van 4 jaar meegenomen worden (namelijk 2019 t/m 2022), voor 2019 is dit maar 3 jaar (2020 t/m 2022) en voor 2022 maar 2 jaar. De analyses voerden we daarom uit voor 2018. Uit een Welch independent samples t-test op de indicatorscores voor failliete t.o.v. niet failliete zorgaanbieders blijkt dat failliete zorgaanbieders significant slechter scoren op de continuïteitsindicatoren (Tabel 6). Bijvoorbeeld, de gemiddelde indicatorscore voor liquiditeitsratio voor failliete zorgaanbieders is significant lager (p-waarde<0,001) dan voor niet failliete zorgaanbieders. Continuïteitsrisico's zullen alleen in het meest extreme geval leiden tot een faillissement, faillissementen zijn daarom geen perfecte te verklaren variabele voor continuïteitrisico's. Desondanks kunnen we concluderen dat zorgaanbieders met continuïteitsrisico's slechter presteren op de continuïteitsindicatoren. Een toets met een andere te verklaren variabele, bijvoorbeeld kapitaalinjecties, zou waardevol zijn. Echter beschikten wij in dit onderzoek niet over gegevens van mogelijke andere te verklaren variabelen.

De toegevoegde waarde van mogelijke verfijningen of verbeteringen van het JMV-model in dit en volgend hoofdstuk toetsen we door na te gaan of de zeggingskracht voor de continuïteit verbetert (meer zeggingskracht resulteert in een lagere t-waarde).

[14] Gegevens over faillissementen verzamelden we van de website www.faillissementsdossier.nl

Tabel 6. Zorgaanbieders die failliet gingen tussen 2019 en 2022 scoren in 2018 significant slechter op continuïteitsindicatoren

Indicatorscores

Indicator	t	p	N failliet	N niet failliet	Gem. indicatorscore wel	Gem. indicatorscore niet	Kleinste continuïteitsrisico
Resultaatratio	-5,73	<0,001	63	4.717	0,00	0,26	Niet failliet
Liquiditeitsratio	-4,18	<0,001	63	4.717	0,00	0,20	Niet failliet
Weerstandsvermogen	-4,24	<0,001	63	4.717	-0,09	0,11	Niet failliet
Ziekteverzuim	-2.45	0,017	63	4.717	-0,13	-0,04	Niet failliet
% Uitstroom	-2,65	0,01	63	4.717	0,13	0,34	Niet failliet
Dimensiescore	-5,63	<0,001	59	4.188	-0,02	0,19	Niet failliet

Indicatorwaardes

Indicator	p	N wel melding	N geen melding	Gem. indicatorwaarde wel	Gem. indicatorwaarde niet	Kleinste continuïteitsrisico
Resultaatratio	<0,001	63	4.717	0,14	13,14	Niet failliet
Liquiditeitsratio	<0,001	63	4.717	1,94	3,12	Niet failliet
Weerstandsvermogen	<0,001	63	4.717	10,7	25,63	Niet failliet
Ziekteverzuim	0,004	63	4.717	5,1	3,1	Niet failliet
% Uitstroom	0,005	63	4.717	24,5	16,1	Niet failliet

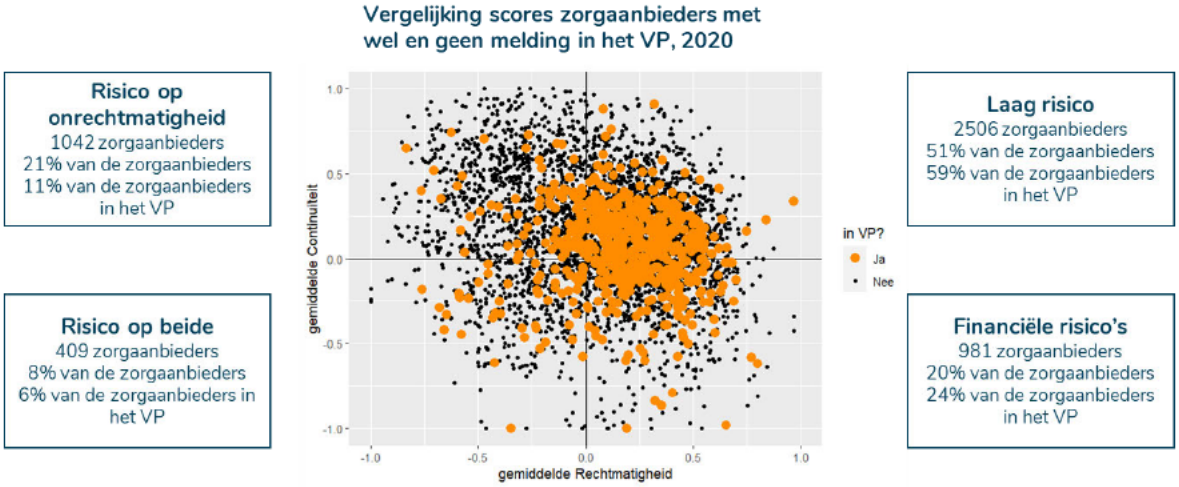
Met een logistische regressie toetsten we de voorspelkracht van continuïteitsindicatoren. Met logistische regressie kan je een dichotome uitkomstvariabele (wel of niet failliet) relateren aan één of meerdere voorspellers. De constante en coëfficiënten kunnen met een formule teruggerekend worden naar de kans om failliet te gaan. Alleen ziekteverzuim en uitstroom bleken significant, zorgaanbieders met een hoger ziekteverzuim of een hogere uitstroom hebben een iets hogere kans om failliet te gaan. Het verschil in kans is echter dusdanig beperkt dat het niet mogelijk is om een faillissement goed te voorspellen. Mogelijk zijn de gegevens niet onderscheidend genoeg (een zorgaanbieder met exact dezelfde scores kan óf wel óf geen faillissement hebben), of is er in het geheel van alle indicatoren geen verband tussen de specifieke indicator en wel/geen faillissement. Dit maakt de datagedreven manier van het gebruiken van het JMV-dashboard minder waardevol.

3.1.2 Het is met de huidige beschikbare informatie op het gebied van rechtmatigheid niet mogelijk de zeggingskracht vast te stellen van het JMV-model

De zeggingskracht van het JMV-model op het gebied van rechtmatigheid toetsten we via twee routes. In de eerste route gebruikten we signalen uit het verzamelpunt zorgfraude (VP) als te verklaren variabele, in de tweede route publieke informatie over mogelijke zorgfraudezaken. Beide routes waren niet in staat om zeggingskracht op het gebied van rechtmatigheid aan te tonen. Het dashboard kan daarom wel ingezet worden om op een overzichtelijke manier toegang te krijgen tot de gewenste JMV-gegevens, maar de waarde van de datagedreven inzet van het dashboard is niet aan te tonen met uitgevoerde analyses.

Het verzamelpunt zorgfraude geeft geen logische resultaten en is daarmee (voor nu) niet in staat om zeggingskracht op het gebied van rechtmatigheid aan te tonen

Het verzamelpunt zorgfraude (VP) is een gezamenlijk registratiesysteem waarin de partners van IKZ fraudesignalen bij zorgaanbieders registreren. Dit gaat om signalen van (vermoedelijke) fraude, niet over vastgestelde fraude. In het VP staan ruim 600 meldingen verspreid over meerdere jaren. Het IKZ onderzocht[15], onder andere met een t-test op de indicatorscores, of zorgaanbieders met een fraudesignaal in het VP slechter scoren op de rechtmatigheidsindicatoren dan zorgaanbieders zonder fraudesignaal. Uit de uitgevoerde analyses blijkt dat er geen duidelijk verband is tussen signalen uit het VP en de dimensiescore en indicatorscores voor rechtmatigheid in het JMV-model (Figuur 8 en Tabel 7). Zorgaanbieders met tenminste één signaal in het VP staan verspreid in de modelgrafiek, ook de t-test geeft geen logische resultaten. Zorgaanbieders die wél in het VP staan hebben voor drie van de vijf indicatoren een indicatorwaarde die een lager risico op rechtmatigheidsproblemen aangeeft. Ook verdiepende analyses met aanvullende inzichten uit het VP, bijv. wel/geen onderzoek naar een zorgaanbieder, wel/geen gepleegde interventie en een verdieping op incidentsoorten, leverden geen logische resultaten op. Analyses voor gegevens over 2019 en 2018 leverden tevens geen logische resultaten op.



Figuur 8. Er lijkt geen duidelijk verband te zijn tussen signalen uit het VP en de dimensiescores in het JMV-dashboard. In de figuur is een kleine ruis toegevoegd om te voorkomen dat zorgaanbieders met een signaal in het VP herleidbaar zijn.

Tabel 7 Een t-test voor 2018 op zorgaanbieders met wel/geen melding in het VP geeft geen significante/logische resultaten.

Indicator	p	N wel melding	N geen melding	Gem. indicator-waarde en score wel	Gem. indicator-waarde en score niet	Kleinste recht-matigheidsri-sico
Resultaatratio	<0,001	572	3457	Waarde: 6,84 Score: 0,12	Waarde: 15,06 Score: 0,02	Wel melding
% Loonkosten/Omzet	<0,001	570	3448	Waarde: 58,11 Score: 0,28	Waarde: 48,25 Score: 0,18	Wel melding

[15] De reden dat het IKZ deze analyses uitvoerde, in plaats van SiRM, is dat de signalen in het VP vertrouwelijke informatie bevatten

Zorgomzet / fte	0,083	564	3355	Waarde: 97.425 Score: 0,18	Waarde: 101.402 Score: 0,15	Gelijk
% Uitbestedingen	0,173	578	3498	Waarde: 0,91 Score: -0,06	Waarde: 0,78 Score: -0,06	Gelijk
Omzetgroei	0,001	522	3092	Waarde: 16,09 Score: 0,06	Waarde: 21,68 Score: 0,01	Wel melding

Uit de analyses concluderen we dat het verzamelpunt zorgfraude geen logische resultaten geeft en daarmee voor nu niet in staat is om zeggingskracht op het gebied van rechtmatigheid statistisch aan te tonen. Dit heeft drie mogelijke verklaringen:

1. De hiervoor genoemde statistische analyses op het VP zijn niet in staat om de zeggingskracht van het JMV-model voor rechtmatigheid aan te tonen. We adviseren om verder onderzoek te doen hoe de gegevens in het VP in de toekomst ingezet kunnen worden om rechtmatigheidsrisicio's vast te stellen en of andere JMV-gegevens mogelijk wel samenhang vertonen met gegevens in het VP. Daarnaast raden we aan om uitgebreider onderzoek te doen naar de inzet van het VP als te verklaren variabele, bijvoorbeeld met analyses omtrent risicovolle combinaties van indicatorscores.
2. Het VP is geen goede bron voor een vergelijking. Het VP gaat om vermoedens van zorgfraude, slechts bij een zeer beperkt aantal zorgaanbieders is vervolgens ook echt zorgfraude geregistreerd. Daarnaast staan niet alle signalen die onderzocht worden door partners van het IKZ in het VP. Mogelijk biedt het VP daarom onvoldoende inzicht in rechtmatigheidsrisico's om het te gebruiken als verklarende variabele.
3. De rechtmatigheidsindicatoren in het JMV-model geven weinig inzicht in rechtmatigheidsrisico's. Indien dit het geval is zou ook met een goede te verklaren variabele geen logische resultaten worden verkregen. Dit betekent dat het doel van het dashboard, inzicht bieden in risico's bij zorgaanbieder op het gebied van (continuïteit en) rechtmatigheid, voor rechtmatigheid niet bereikt wordt.

Omdat niet duidelijke is welke van de drie bovenstaande verklaringen van toepassingen is raden we aan om bij toekomstige toevoegingen van indicatoren aan het dashboard de t-test opnieuw uit te voeren.

Publieke informatie over mogelijke zorgfraudezaken geeft onvoldoende informatie om zeggingskracht op het gebied van rechtmatigheid aan te tonen

De tweede route die is verkend gebruikt informatie uit het publieke domein over zorgaanbieders die mogelijk fraude hebben gepleegd. Daarvoor deden we deskresearch naar nieuwsberichten, uitspraken van rechtbanken en besluiten van de NZa. Hieruit zijn tussen 2012 en 2022 bij 19 zorgaanbieders mogelijke zorgfraudezaken naar voren gekomen, 14 zorgaanbieders kwamen voor in de JMV-gegevens. Waarschijnlijk zijn er meer zorgaanbieders die frauderen maar is dit niet bekend of is hier geen publieke informatie over te vinden. De steekproefgrootte van 14 is te klein om de zeggingskracht van het JMV-model te toetsen.

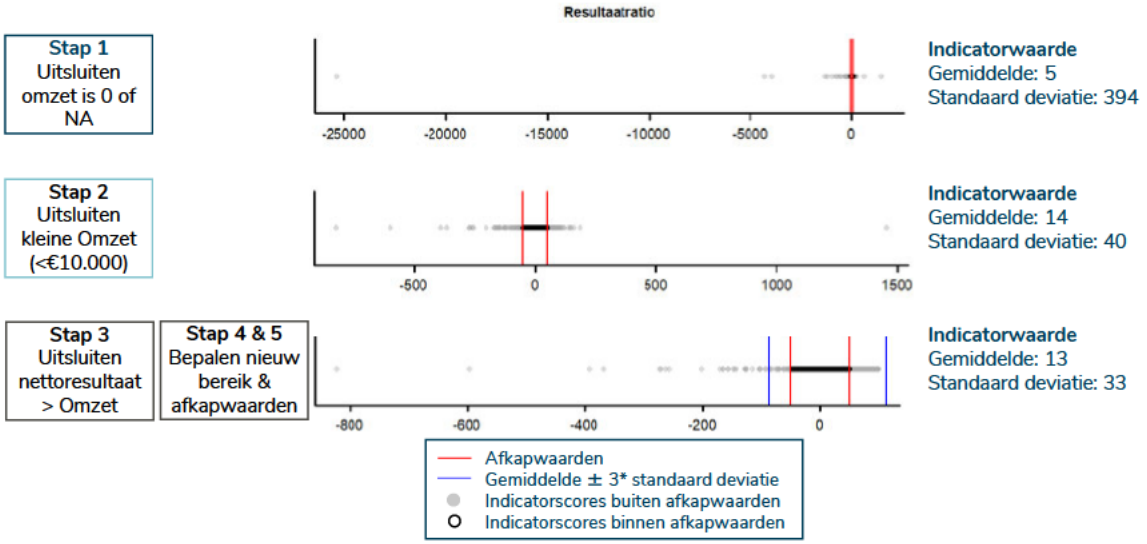
3.2 Een methodologisch sterkere methode voor afkapwaarden leidt niet tot meer inzicht in continuïteitsrisico's

De indicatorwaarde van een zorgaanbieder wordt aangepast naar de afkapwaarde zodra deze boven of onder de afkapwaarde scoort. In §1.2.1 lichtten we toe dat huidige afkapwaarden, die bedoeld zijn om de invloed van uitbijters te verminderen, vastgesteld zijn op basis van data-analyses gecombineerd met een inschatting van wanneer een waarde vermoedelijk een uitbijter is. Dit leidt ertoe dat voor iedere indicator apart afkapwaarden zijn vastgesteld. We onderzochten de impact indien we de afkapwaarde voor iedere indicator via dezelfde deterministische methodiek vaststellen.

Het risico van een afkapwaarde die te veel waarden afkapt is dat uitbijters als gevolg van risico's op het gebeid van continuïteit en rechtmatigheid ten onrechte afgekapt worden. Door de waarde af te kappen gaat in dat geval waardevolle informatie over deze risico's verloren. Het risico van een afkapwaarde die uitbijters onterecht niet afkapt, is dat het bereik van observaties over alle zorgaanbieders groot wordt waardoor de indicatorscores van de meeste zorgaanbieders rond de grenswaarde komen te liggen.

De onderzochte methodiek bestaat uit vijf stappen, Figuur 9 geeft de methodiek schematisch weer voor de resultaatratio:

1. We sluiten observaties met waarde 0 of NA uit
2. We sluiten observaties met een relatief kleine noemer uit (deze observaties veroorzaken vaak een extreme indicatorwaarde doordat gedeeld wordt door een klein getal)
3. We sloten observaties met onlogische waarden uit (voor de resultaatratio bijvoorbeeld waarnemingen met een nettoresultaat groter dan de omzet)
4. We bepaalden het bereik op basis van de resterende afkapwaarden
5. De nieuwe afkapwaarden bepaalden we als het gemiddelde ± 3*standaard deviatie. Bij een aantal indicatoren is de logische ondergrens nul, voor deze indicatoren bepaalden we alleen de bovengrens als gemiddelde + 3*standaard deviatie



Figuur 9 De afkapwaarden in de onderzochte methodiek bepaalden we in 5 stappen

De methodiek voerden we uit voor alle indicatoren met uitzondering van '%-uitbestedingen' omdat dit een categoriale variabele is en afkapwaarden daarom niet van toepassing zijn. We onderzochten de impact van de nieuwe methodiek. Uit Tabel 17 en Tabel 18 in Bijlage 4 trekken we de conclusie dat de nieuwe afkapwaarden resulteren in een ruimer bereik, maar dat als gevolg van dit ruimere bereik met name minder waarden afgekapt worden van zorgaanbieders die niet failliet gingen. Het verruimen van de afkapwaarden leidt ertoe dat extra informatie voor niet failliete zorgaanbieders wordt toegevoegd, maar dat de overige observaties dichterbij de grenswaarde komen te liggen. De methodiek leidt daarom niet tot meer inzicht in continuïteitsrisico's, sterker nog, wellicht leidt deze zelfs tot minder inzicht. We adviseren daarom om de methodiek voor de afkapwaarden niet aan te passen.

3.3 Een andere hoogte van de grenswaarden leidt in het algemeen niet tot meer inzicht in continuïteitsrisico's

Het JMV-model gebruikt grenswaarden om indicatorscores te standaardiseren, zodat ze in het model gecombineerd kunnen worden tot een dimensiescore (§1.2.1). Alle zorgaanbieders met een indicatorwaarde onder de grenswaarde krijgen een gestandaardiseerde indicatorscore tussen de -1 en 0, waarbij de indicatorscore gelijk is aan -1 als de indicatorwaarde gelijk is aan de afkapwaarde (ondergrens). Voor zorgaanbieders met een indicatorwaarde boven de grenswaarde wordt de indicatorscore op dezelfde manier vastgesteld tussen 0 en 1. Veel van de huidige indicatoren gebruiken een grenswaarde van percentiel 25 of 75 (Tabel 13). De grenswaarden zijn slechts beperkt onderbouwd. We onderzochten de consequenties van de huidige grenswaarden.

Het risico van een grenswaarde die resulteert in een kleine groep van zorgaanbieders met een score lager dan 0 (bijv. percentiel 5) is dat zorgaanbieders met risico's op het gebied van continuïteit en rechtmatigheid onterecht een score krijgen groter dan 0. Het risico van een grenswaarde die resulteert in een grote groep van zorgaanbieders met een score lager dan 0 (bijv. percentiel 50) is dat zorgaanbieders zonder risico's op het gebied van continuïteit en rechtmatigheid onterecht een score krijgen lager dan 0.

Om te onderzoeken of de omvang van de groep van zorgaanbieders met een indicatorscore lager dan 0 aanpassing behoeft, onderzochten we de verdeling van indicatorscores voor failliete zorgaanbieders ten opzichte van niet failliete zorgaanbieders. Als hieruit zou blijken dat de indicatorscores van failliete zorgaanbieders geconcentreerd zijn richting -1 dan kan dat een reden zijn om een kleinere groep van zorgaanbieders een score kleiner dan 0 te geven. Uit Figuur 22 in Bijlage 4 blijkt dat de verdeling van de indicatorscores van failliete zorgaanbieders geen duidelijke patronen volgt ten opzichte van de verdeling van indicatorscores van niet failliete zorgaanbieders. Een andere hoogte van de grenswaarde leidt daarom niet tot meer inzicht in continuïteitsrisico's. We adviseren daarom om de methodiek voor de grenswaarden niet aan te passen.

3.4 Continuïteitsindicatoren vertonen nauwelijks samenhang, rechtmatigheidsindicatoren vertonen wel samenhang

In 2020 vertoont het model met alle zorgaanbieders (in modelinstellingen geen sector en geen omvang geselecteerd) geen tot een zwakke correlatie tussen de dimensies continuïteit en rechtmatigheid. Indien de dimensiescores zeggingskracht hebben betekent dit dat er weinig verband is tussen continuïteit en rechtmatigheid. Omdat de resultaatratio een indicator is in beide dimensies, en daarom mogelijk samenhang veroorzaakt, bepaalden we de correlatie zowel met als zonder de resultaatratio. De samenhang tussen continuïteit en rechtmatigheid inclusief resultaatratio is gelijk aan -0,3, exclusief resultaatratio is deze gelijk aan -0,08. Als naar individuele sectoren wordt gekeken vertonen dimensiescores voor continuïteit en rechtmatigheid de meeste samenhang voor MSZ-zorgaanbieders (0,31 exclusief resultaatratio), algemene ziekenhuizen (0,30 exclusief resultaatratio) en voor zorgaanbieders in de jeugdhulp en jeugdzorg (-0,24 exclusief resultaatratio).[16] Over het algemeen is er voor alle sectoren een beperkte samenhang tussen de twee dimensies.

Daarnaast bepaalden we de correlaties tussen indicatoren binnen een dimensie. Als indicatoren veel samenhang vertonen kan dit twee betekenissen hebben. Het betekent ofwel dat er sprake is van interne consistentie, omdat de indicatoren uitgaan van andere waarden maar wel beide inzicht geven in continuïteitsrisico's. Het kan echter ook betekenen dat de berekening van twee indicatoren uitgaat van dezelfde waarde(s) en dat die waarde daarom (onterecht) een groter effect heeft op de dimensiescore dan andere waarden.

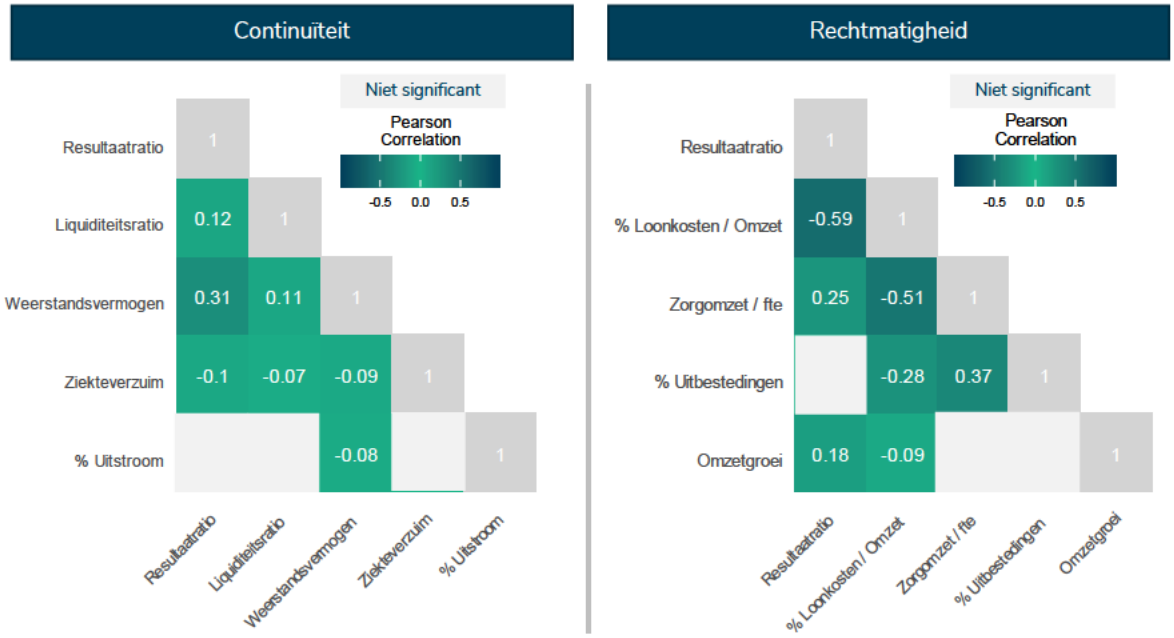
Uit de analyses blijkt dat de indicatoren binnen continuïteit geen tot een zwakke correlatie tonen (Figuur 10). Uit deze bevinding, tezamen met de bevinding uit §3.1.1 dat alle continuïteitsindicatoren inzicht geven in continuïteitsrisico's, concluderen we dat de indicatoren allen op zichzelf staand waarde toevoegen bij het inschatten van de continuïteitsrisico's.

Voor rechtmatigheid zien we met name bij de drie indicatoren die uitgaan van de omzet een vrij hoge correlatie (Figuur 10):

- %loonkosten/omzet en resultaatratio: -0,59
- %loonkosten/omzet en zorgomzet/FTE: -0,51
- Resultaatratio en zorgomzet/FTE: 0,25

Omdat deze drie rechtsmatigheidsindicatoren allen uitgaan van de omzet, heeft de omzet (wellicht onterecht) een groter effect op de dimensiescore dan andere waarden. Daarnaast heeft %loonkosten/omzet in de standaard modelinstellingen een dubbele weging t.o.v. de andere indicatoren waardoor de omzet een nog groter effect heeft op de dimensiescore. We raden aan om de weging van de indicator %loonkosten/omzet te verlagen, omdat er geen goed alternatief is voor een aangepaste indicator.

[16] Voor niet alle sectoren is de samenhang tussen de twee dimensies significant, deze sectoren zijn uitgesloten van de resultaten



Figuur 10. Voor rechtmatigheid zijn de indicatoren gecorreleerd die uitgaan van de omzet. Correlatie is bepaald voor 2020 op niet afgekapte waarden voor zorgaanbieders zonder missende waarden en zonder nulwaarden (1.873 van 4.527 zorgaanbieders voor continuïteit en 896 van 4.527 zorgaanbieders voor rechtmatigheid).

3.5 Verfijn de omzet-winstverhouding (resultaatratio) door meer toelichting en aanvullende inzichten

In een brief van de Minister van VWS aan de Tweede Kamer werd een analyse op het begrip omzet-winstverhouding toegezegd, om te bezien of en op welke wijze deze indicator nog verder kan worden verfijnd en benut ten behoeve van controle en toezicht.[17] Wij onderzochten deze vraag met deskresearch en interviews.

De omzet-winstverhouding oftewel resultaatratio wordt berekend door het nettoresultaat te delen door de totale bedrijfsomzet. Een hoog nettoresultaat ten opzichte van de totale bedrijfsomzet kan verschillende oorzaken hebben, bijvoorbeeld:

- In het nettoresultaat van eenmanszaken, vof's, maatschappen en coöperaties is het salaris van de bestuurder nog niet verrekend waardoor het nettoresultaat hoger uitvalt dan voor andere rechtsvormen
- Eenmalige verkoop van vastgoed, indien het vastgoed voor een groot bedrag is verkocht ten opzichte van andere bedrijfsomzet (bijvoorbeeld uit zorgprestaties) dan bestaat zowel het nettoresultaat als de totale bedrijfsomzet met name uit deze verkoop

De diversiteit aan oorzaken voor een afwijkende resultaatratio maakt verfijning van de indicator waarschijnlijk niet van toegevoegde waarde.

Het is wel mogelijk om de interpretatie van de omzet-winstverhouding te vergemakkelijken voor de gebruiker door het geven van (extra) toelichting en aanvullende data. Zo staat de toelichting momenteel alleen op de zorgaanbiederpagina. Gebruikers gaven in interviews aan dat ze de

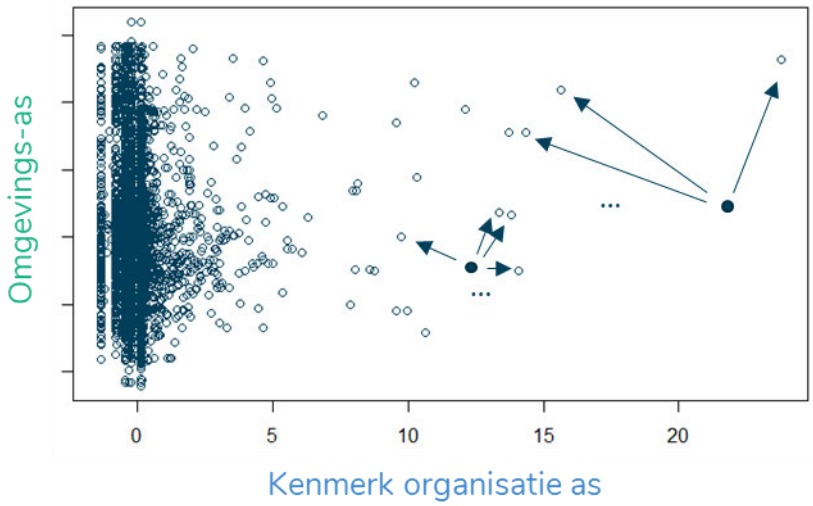
[17] Brief van Minister van VWS aan de Tweede Kamer betreffende "Analyse lijst 'zorgcowboys'", 17 december 2019

toelichting niet altijd makkelijk kunnen vinden. Een oplossing is het toevoegen van een verwijzing op de modelpagina en lijstpagina, naar de uitleg over de indicatorscores. Daarnaast is het voor gebruikers zonder financiële achtergrond lastig om de resultaatratio te interpreteren. Daarom raden we aan om de toelichting uit te breiden met “Wat is een logische bandbreedte voor de resultaatratio voor een zorgaanbieder met deze rechtsvorm?”. Als laatste zou de gebruiker bij de interpretatie van de resultaatratio ondersteund kunnen worden door extra inzichten. Bijvoorbeeld inzicht in afschrijvingen, resultaat uit deelnemingen, overige bedrijfsopbrengsten, overige bedrijfskosten, etc.

3.6 Algoritmisch vastgestelde vergelijkingsgroepen leiden niet tot een grotere zeggingskracht van het JMV-model

Het JMV-model berekent de indicatorscores ten opzichte van andere zorgaanbieders. De gebruiker kiest de modelinstellingen, en bepaalt daarmee de vergelijkingsgroep van zorgaanbieders voor de indicatorscores. We onderzochten de impact op de zeggingskracht van het JMV-model als indicatorscores bepaald op basis van clusters met 150 vergelijkbare zorgaanbieders, in plaats van een vergelijking tussen alle zorgaanbieders.

We bepaalden het cluster van vergelijkbare zorgaanbieders door zorgaanbieders te selecteren met de meest vergelijkbare omgevingskenmerken en het meest vergelijkbare type organisatie. De as met omgevingskenmerken (omgevings-as) bestaat uit drie aspecten: het gemiddelde werkloosheidspercentage, het aandeel 75+ van de bevolking en de gemiddelde omgevingsdichtheid. We namen voor ieder aspect het gewogen gemiddelde over de postcode van de zorgaanbieder en de 20 dichtstbijzijnde postcodes. De as voor het type organisatie (kenmerk organisatie as) bestaat uit 4 aspecten: de waarde van de activa, netto-omzet, gemiddeld aantal werknemers en zorgsector.



Figuur 11. De vergelijkingsgroep bestaat voor iedere zorgaanbieder uit de 150 meest vergelijkbare zorgaanbieders op basis van de omgevings-as en de kenmerk organisatie as.

We bepaalden de Z-score voor de twee assen door het gemiddelde te nemen over de Z-scores voor elk van de aspecten van de as (Figuur 11). Vervolgens bepaalden we de vergelijkingsgroep van een zorgaanbieder door de 150 zorgaanbieders met de kleinste afstand in Z-scores voor de

twee assen te selecteren. De nieuwe indicatorscores bepaalden we voor iedere zorgaanbieder ten opzichte van deze alternatieve vergelijkingsgroep. Omdat met deze methodiek beter rekening wordt gehouden met afwijkende waarden als gevolg van externe en interne factoren die niet duiden op continuïteits- en rechtmatigheidsrisico's, verwachtten wij een verbetering van de zeggingskracht. Voor de meeste indicatoren leidt de alternatieve vergelijkingsgroep echter niet tot een noemenswaardige stijging in de zeggingskracht (Tabel 8).

Tabel 8. Voor de meeste indicatoren leidt de alternatieve vergelijkingsgroep niet tot een noemenswaardige stijging in de zeggingskracht.

Indicator	Vergelijkingsgroep	t	p	Gem. indicatorscore failliet	Gem. indicatorscore niet failliet	Absoluut verschil
Resultaatratio	Alle zorgaanbieders	-5,73	<0,001	0,00	0,26	0,26
	Alternatieve vergelijkingsgroep	-5,66	<0,001	-0,02	0,28	0,30
Liquiditeitsratio	Alle zorgaanbieders	-4,18	<0,001	0,00	0,20	0,20
	Alternatieve vergelijkingsgroep	-4,21	<0,001	-0,03	0,20	0,23
Weerstandsvermogen	Alle zorgaanbieders	-4,24	<0,001	-0,09	0,11	0,20
	Alternatieve vergelijkingsgroep	-4,38	<0,001	-0,14	0,10	0,24
Ziekteverzuim	Alle zorgaanbieders	-2,45	0,017	-0,13	-0,04	0,09
	Alternatieve vergelijkingsgroep	-2,91	0,005	-0,17	-0,06	0,11
% Uitstroom	Alle zorgaanbieders	-2,65	0,010	0,13	0,34	0,21
	Alternatieve vergelijkingsgroep	-2,29	0,025	0,14	0,34	0,20

4 Uitbreiding van indicatoren in het JMV-dashboard

Een uitgebreide inventarisatie naar mogelijke indicatoren voor uitbreiding van het JMV-dashboard resulteert in drie aanbevelingen:

1. Voeg een vastgoed-indicator toe aan het JMV-dashboard voor de dimensie rechtmatigheid, die investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen vergelijkt met de totale materiële vast activa zodra modelinstelling 'Groot' wordt geselecteerd.

2. Voeg een modelinstelling toe waarbij, in plaats van de indicatorscore voor een jaar, de gemiddelde indicatorscore over alle beschikbare jaren wordt genomen.

3. Voeg een indicator toe aan het JMV-dashboard voor de dimensie continuïteit, die penalty's toekent als JMV te laat is ingediend, onterecht niet is ingediend, of het verkeerde type of geen goedkeurende accountantsverklaring is ingediend.

We onderzochten de uitbreiding van het JMV-dashboard met nieuwe indicatoren. We voerden een brede inventarisatie uit van mogelijke indicatoren, met een enquête onder alle gebruikers van het JMV-dashboard, verdiepende interviews en deskresearch. Dit resulteerde in een long list met 41 mogelijke nieuwe indicatoren. We maakten voor iedere indicator in de long list een kwalitatieve inschatting van de verwachte bruikbaarheid en zeggingskracht. De details van dit proces en de long list staan in Bijlage 5. Tezamen met een beoordeling van de begeleidingscommissie van het onderzoek leidde dit tot een short list van vijf indicatoren:

1. **Organisatiestructuur (interne en externe organisatiekenmerken)**: wijziging van rechtsvorm, complexe organisatiestructuur, concernrelaties in risicobranche en verbonden bestuurders en bestuurderswisselingen
2. **Vastgoed**: indicator op basis van gegevens rondom investeringen ten opzichte van het totaal aan vastgoed
3. **Vergelijking meerdere jaren:** indicator die gegevens/indicatoren over jaren vergelijkt
4. **Cliënten**: indicator op basis van gegevens rondom cliënten
5. **Verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering:** indicator op basis van gegevens rondom datum van indienen JMV, aanlevering JMV, accountantsverklaring en HKZ-certificaat

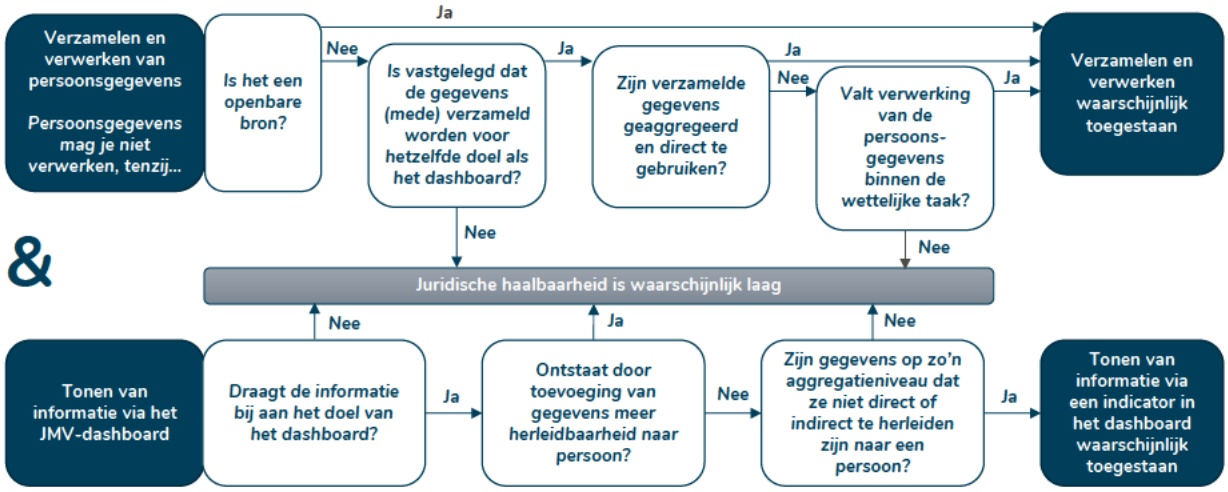
Voor iedere indicator op de short list stelden we de aanwezigheid van beschikbare gegevens vast. Vervolgens keken we naar de mogelijkheid en wenselijkheid om deze gegevens te vertalen naar een nieuwe indicator in het JMV-dashboard. Het resultaat hiervan is te vinden in Tabel 9.

Tabel 9. Voor drie van de vijf onderzochte short list items adviseren we deze toe te voegen aan het dashboard

Nr[18]	Gegevens		Verdieping: gegevens naar indicator			Toevoegen mogelijk en wenselijk?
	Beschik-baar?	Betrouw-baar?	Juridisch haalbaar?	Geen sam-enhang?	Genoeg zeggingskracht?	
1*	JMV: ✓ KvK: ~	JMV: x KvK: ✓	KvK: ✓	KvK: ✓	KvK: ✓	JMV niet wenselijk Toevoegen KvK wenselijk, verder onderzoek nodig
2	~	✓	✓	✓	✓	Mogelijk en wenselijk
3	✓	✓	✓	N.v.t.	✓	Mogelijk en wenselijk
4	~	✓	✓	~	~	Niet wenselijk
5	~	✓	✓	✓	✓	Mogelijk en wenselijk

~: mogelijk onvoldoende om de indicator toe te voegen aan het dashboard
✓: voldoende om de indicator toe te voegen aan het dashboard
*Voor de organisatiestructuur maakten we in de verdieping een kwalitatieve inschatting van een indicator met KvK-gegevens, omdat JMV-gegevens niet betrouwbaar bleken. De verdieping van de overige indicatoren is op basis van JMV-gegevens.

De juridische haalbaarheid van de toevoeging van de indicator (en bijbehorende gegevens) schatten we in aan de hand van het stroomschema in Figuur 12. Dit stroomschema stelden we op aan de hand van een interview met een jurist van de NZa.



Figuur 12 De juridische haalbaarheid hangt af van twee aspecten: het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens en het tonen van informatie via het JMV-dashboard

4.1 Een organisatiestructuur-indicator met KvK-gegevens is wenselijk, maar gegevens zijn niet publiek beschikbaar

Bijna alle geïnterviewden gaven aan dat ze informatie rondom de organisatiestructuur een waardevolle toevoeging zouden vinden aan het JMV-dashboard. Daarom onderzochten we een

[18] In het overzicht geven we voor alle indicatoren, op de organisatiestructuur na, de resultaten van de verdieping van een indicator op basis van JMV-gegevens. De reden hiervoor is dat in de meeste gevallen JMV-gegeven (deels) beschikbaar zijn, en er niet altijd een alternatieve bron is.

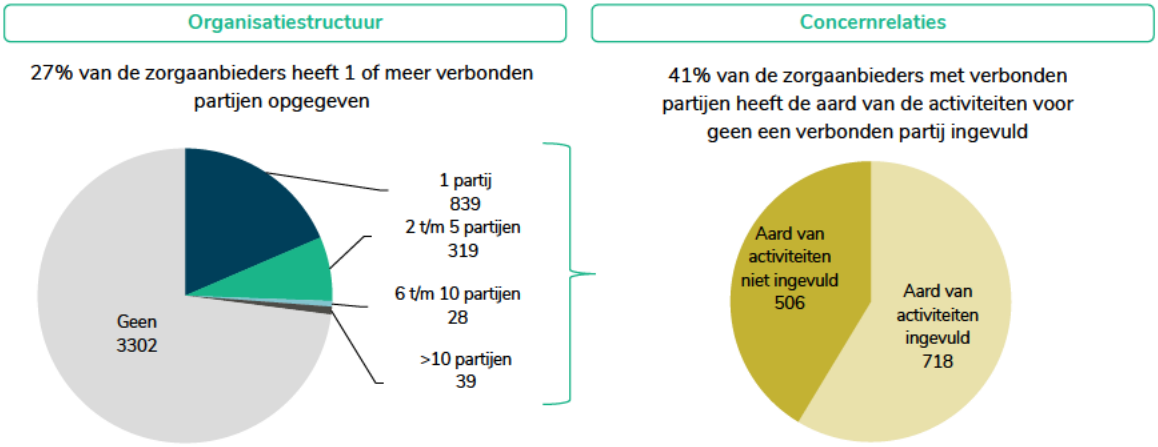
indicator op basis van gegevens rondom wijziging van rechtsvorm, complexe organisatiestructuur, concernrelaties in risicobranches en verbonden bestuurders en bestuurderswisselingen.

Uit deze verdieping blijkt dat het toevoegen van een organisatiestructuur-indicator wenselijk is, maar niet direct mogelijk omdat KvK-gegevens alleen met een abonnement verkrijgbaar zijn. Omdat verschillende informatie omtrent de organisatiestructuur kan duiden op mogelijke risico's, is het lastig om een algehele beoordeling goed samen te vatten in één indicator. Er kan overwogen worden om risico's niet als onderdeel van de dimensiescores te includeren maar op een andere manier (bijv. losse secundaire indicatoren die uitgelicht worden als er een risico is).

Beschikbaarheid van volledige en betrouwbare gegevens

We onderzochten de volledigheid en beschikbaarheid van JMV-gegeven en KvK-gegevens benodigd voor de berekening van de indicator. JMV-gegevens zijn beschikbaar, echter zijn ze niet voor alle aspecten van de organisatiestructuur volledig, of is de betrouwbaarheid niet vast te stellen. Daarom verdiepen we in de rest van deze paragraaf alleen een indicator die uitgaat van KvK-gegevens.

- KvK-gegevens: gegevens omtrent de organisatie(structuur), rechtsvorm en bestuurders zijn te downloaden op KvK. Hiervoor is een abonnement nodig op KvK, of een van de partijen die KvK-gegevens verwerken (zoals Graydon). Wijzigingen in het verleden zijn slechts gedeeltelijk te achterhalen.
- JMV-gegevens (Figuur 13): alle benodigde gegevens zijn onderdeel van JMV, de gegevens omtrent bestuurders zijn niet openbaar maar wel in bezit van de NZa en IGJ. De kwaliteit van de JMV-gegevens is echter voor een deel van de aspecten matig of niet vast te stellen.
  - Rechtsvorm: de betrouwbaarheid is in orde (§2.3), uit de gegevens blijkt dat van 2019 op 2020 ca. 80 zorgaanbieders van rechtsvorm veranderden.
  - Organisatiestructuur: de betrouwbaarheid is niet vast te stellen. In 2020 geeft in totaal 27% van de zorgaanbieders 1 of meer verbonden partijen op. Er is geen directe vergelijking met een andere toegankelijk te extraheren bron mogelijk om de datakwaliteit te toetsen.
  - Concernrelaties: van de zorgaanbieders met verbonden organisaties heeft 41% de aard van de activiteiten voor geen één verbonden organisatie ingevuld. De volledigheid van de aard van de activiteiten van verbonden organisaties is daarom slecht.
  - Bestuurders: de betrouwbaarheid van gegevens omtrent bestuurders is niet vast te stellen omdat wij deze gegevens niet tot onze beschikking hebben.



Figuur 13 In de JMV-gegevens geeft circa een kwart van de zorgaanbieders één of meer verbonden organisaties op, slechts 41% daarvan vult de aard van de activiteiten in

Koppeling van KvK-gegevens aan de JMV-gegevens en juridische haalbaarheid

Op basis van het KvK-nummer van zorgaanbieders is koppeling met de JMV-gegevens mogelijk. Het kan zijn dat niet alle zorgaanbieders te koppelen zijn omdat het KvK-nummer in de JMV-gegevens niet correct is ingevuld, echter is dit naar verwachting niet of voor een heel beperkt deel maar het geval.

KvK is een openbare bron en voldoet daarmee aan de voorwaarden voor het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens. Indien de organisatiestructuur-indicator niet leidt tot meer inzicht in gegevens die herleidbaar zijn naar een persoon dan is de juridische haalbaarheid hoog.

Vertaling van gegevens naar een indicator in het JMV-model

Een organisatiestructuur-indicator valt in de dimensie rechtmatigheid. Uit de interviews bleek dat nagenoeg alle inspecteurs op het gebied van rechtmatigheid de organisatiestructuur zelf nagaan in aanvulling op het JMV-dashboard.

KvK-gegevens omtrent de organisatiestructuur kunnen vertaald worden naar een indicator door voor ieder risico rondom de organisatiestructuur een penalty in te stellen. De risico's worden vertaald naar een score tussen -1 en 0 door de scores te schalen aan de hand van het minimum en maximum in de gehele vergelijkingsgroep. Door deze vertaling kan de indicator alleen een negatieve invloed op de dimensiescore hebben. Het gaat om de volgende risico's:

- Een wijziging in de rechtsvorm (penalty -1 omdat een wijziging van rechtsvorm niet direct wijst op rechtmatigheidsrisico's)
- Een complexe organisatiestructuur, 2 of meer concernrelaties (penalty -1 omdat voor sommige organisaties, zoals ziekenhuizen, een complexe organisatiestructuur gebruikelijk is en dit dus niet direct wijst op rechtmatigheidsrisico's)
- Concernrelaties in een risicobranche (penalty -2 omdat nagenoeg alle geïnterviewden aangeven hier aandacht aan te besteden in het toezicht en het in de media ook geclassificeerd wordt als risico)

- Minstens 3 bestuurderswisselingen in de afgelopen 3 jaar (penalty -1 omdat discontinuïteit van bestuurders niet altijd zal wijzen op rechtmatigheidsrisico's)
- Bestuurder is tevens bestuurder bij andere (wel of niet verbonden) organisaties[19] (penalty -1 omdat dit juridisch wel mag en ook voorkomt als er geen rechtmatigheidsrisico's zijn)

Samenhang met huidige indicatoren en zeggingskracht van de indicator

Onze kwalitatieve inschatting is dat een organisatiestructuur-indicator weinig samenhang zal vertonen met huidige indicatoren, omdat het nieuwe informatie ten opzichte van huidige indicatoren betreft. Naar verwachting heeft de organisatiestructuur-indicator veel zeggingskracht. Nagenoeg in alle interviews is aangegeven dat de organisatiestructuur waardevolle informatie geeft voor de rechtmatigheid, ook de media gebruikt o.a. deze gegevens voor identificatie van mogelijke zorgfraudeurs. Echter wordt ook aangegeven dat het verschilt per zorgaanbieder welke informatie omtrent de organisatiestructuur duidt op mogelijke risico's. Het is daarom lastig om een algehele beoordeling daarvan goed samen te vatten in één indicator, met mogelijke gevolgen voor de zeggingskracht. Er kan overwogen worden om risico's niet als onderdeel van de dimensiescores te includeren maar op een andere manier (bijv. losse secundaire indicatoren die uitgelicht worden als er een risicosignaal is op het gebied van de organisatiestructuur).

4.2 Een vastgoed-indicator voor grote zorgaanbieders voegt nieuwe informatie met zeggingskracht toe aan het dashboard

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat een rechtmatigheidsrisico is dat zorgaanbieders investeren in vastgoed zodat de winst minder hoog lijkt dan deze daadwerkelijk is. JMV-gegevens over investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen zijn beschikbaar voor grote zorgaanbieders. Daarom onderzochten we een indicator op basis van deze gegevens, welke deze investeringen vergelijkt met de totale materiële vast activa. We adviseren om de vastgoed-indicator toe te voegen aan het JMV-dashboard zodra modelinstelling 'Groot' wordt geselecteerd, omdat de indicator nieuwe informatie toevoegt (weinig samenhang) en zeggingskracht heeft (kwalitatieve inschatting).

Beschikbaarheid van volledige en betrouwbare gegevens

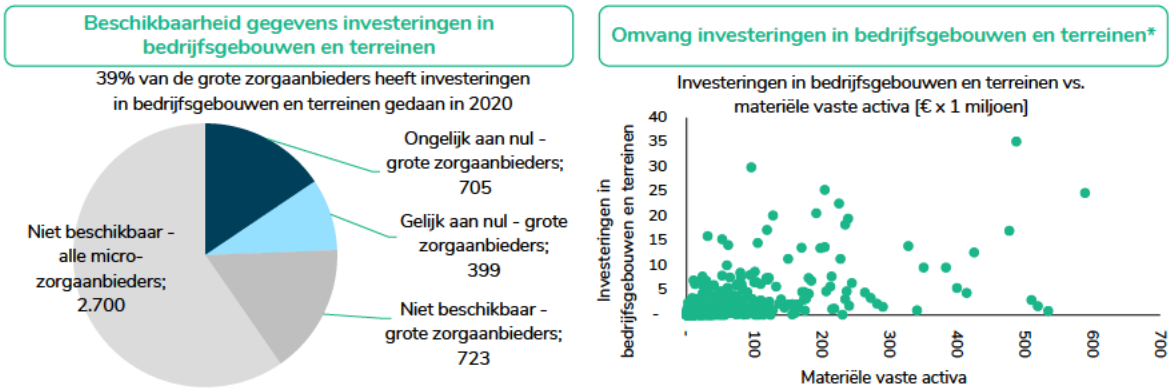
Voor het samenstellen van een vastgoed-indicator onderzochten we het gebruik van financiële JMV-gegevens en gegevens uit de jaarrekening. Voor grote zorgaanbieders zijn JMV-gegevens omtrent vastgoed beschikbaar die betrouwbaar lijken. De jaarrekening geeft mogelijk aanvullende informatie, echter is deze informatie niet op een toegankelijke manier te extraheren.

- Jaarrekening: gegevens staan voor grote zorgaanbieders gerapporteerd in de jaarrekening. De jaarrekening is in pdf-vorm te vinden op de website van Jaarverantwoording in de zorg.

[19] Een bestuurder die tevens in de Raad van Toezicht van een verbonden organisatie zit is ook een risico, echter is dit zowel op basis van JMV- als KvK-gegevens niet vast te stellen (Governance Code zorg 2022 4.1.3.: De raad van toezicht of zijn afzonderlijke leden nemen geen verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de raad van bestuur over en vervullen niet de bestuursfunctie. Een lid van de raad van toezicht kan niet aftreden om vervolgens direct daarna of in de volgende drie jaren als (interim-) bestuurder van de zorgorganisatie op te treden)

Overnemen van gegevens omtrent vastgoed zou handmatig plaats moeten vinden gezien de diversiteit waarmee zorgaanbieders dit rapporteren. Het lijkt qua tijdsbesteding niet realistisch om dit voor iedere zorgaanbieder handmatig te doen.

- JMV-gegevens (Figuur 14)[20]: alleen voor grote zorgaanbieders zijn gegevens beschikbaar. De totale waarde voor bedrijfsgebouwen en terreinen zijn voor 2018 en 2019 geen onderdeel van de JMV-gegevens. Gegevens voor investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen zijn wel voor alle jaren onderdeel van de JMV-gegevens voor grote zorgaanbieders, en lijken ondanks dat ze niet voor alle grote zorgaanbieders beschikbaar zijn wel betrouwbaar. We gaan in het vervolg van deze paragraaf daarom uit van een indicator op basis van deze JMV-gegevens. Een toets op de juridische haalbaarheid is daarom niet van toepassing.



Figuur 14 In de JMV-gegevens van 2020 heeft 39% van de zorgaanbieders een waarde voor investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen ongelijk aan nul

Vertaling van gegevens naar een indicator in het JMV-model

De indicator valt in de dimensie rechtmatigheid. Uit de interviews bleek dat zorgaanbieders vastgoed gebruiken als onrechtmatige manier om geld 'weg te sluizen', en dat vastgoedgegevens daarom inzicht geven in rechtmatigheidsrisico's.

Gegevens omtrent vastgoed kunnen vertaald worden naar een indicator die alleen van toepassing is bij modelinstelling voor omvang 'Groot'. Dat betekent dat deze alleen toegevoegd wordt aan het JMV-model indien de gebruiker in de modelinstellingen 'Groot' heeft geselecteerd. Om de symmetrie in het model te behouden vervalt de waarde voor vastgoed indien de gebruiker in de modelinstellingen 'Beide' selecteert, er wordt dan alleen uitgegaan van de huidige indicatoren in het dashboard. De indicatorwaarde kan worden bepaald door de investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen te delen door de totale materiële vaste activa. De reden om uit te gaan van de totale materiële vaste activa en niet alleen de waarde voor bedrijfsgebouwen en terreinen is dat de waarde voor bedrijfsgebouwen en terreinen voor 2018 en 2019 niet beschikbaar is. De berekening van de indicatorscore kan op dezelfde manier als huidige

[20] Gegevens omtrent 'Huur en leasing', welke ook voor alle jaren beschikbaar is voor grote zorgaanbieders, bevat mogelijk ook relevante informatie voor vastgoed. Echter valt lease van bijvoorbeeld medische apparatuur ook onder deze post, het is niet mogelijk om de informatie over vastgoed te filteren.

indicatoren (met een grenswaarde van percentiel 75), waarbij een hoger bedrag voor 'Investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen' een hoger risico geeft voor de rechtmatigheid.

Samenhang met huidige indicatoren en zeggingskracht van de indicator

De indicatorwaarden voor een vastgoed-indicator zoals bovenstaand omschreven vertonen zeer weinig samenhang met de overige rechtmatigheidsindicatoren. Bij het vaststellen van de samenhang includeerden we alleen waarnemingen met investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen groter dan nul. De indicator vertoont de meeste samenhang met de indicator omzetgroei (correlatie van 0,14).

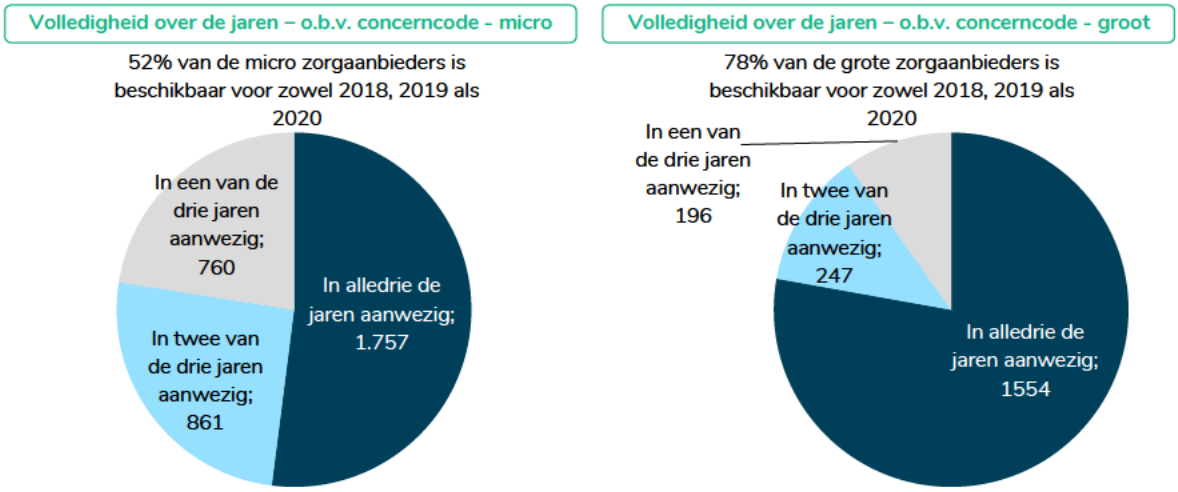
We raden de projectgroep aan om voor toevoeging van de indicator een toets uit te voeren op de zeggingskracht voor rechtmatigheid met het VP (§3.1.2). Een toets op de zeggingskracht voor continuïteit is niet mogelijk omdat van de 717 waarnemingen (investeringen in bedrijfsgebouwen en terreinen groter dan nul) slechts één zorgaanbieder failliet is gegaan. Uit de interviews, de online vragenlijst en deskresearch naar eerdere fraude-casussen blijkt dat er gebruik wordt gemaakt van vastgoedconstructies om geld dat voor zorg bedoeld is weg te laten vloeien uit de onderneming. Vastgoed is daarnaast in de online vragenlijst drie keer genoemd als een manier om geld weg te sluizen of onrechtmatig inkomsten te verkrijgen via huurinkomsten. Daarom schatten we in dat vastgoed-indicator zeggingskracht heeft voor de rechtmatigheid.

4.3 We schatten in dat de vergelijking over de jaren van toegevoegde waarde is voor beide dimensies

Met name geïnterviewden uit de begeleidingscommissie gaven aan dat de toevoeging van een vergelijking van de huidige indicatoren, en de stabiliteit daarvan, over de jaren mogelijk waardevol is. Aangezien het gaat om huidige indicatoren bevatten de JMV-gegevens alle benodigde informatie. We onderzochten een modelinstelling waarbij, in plaats van de indicatorscore voor een jaar, de gemiddelde indicatorscore over alle beschikbare jaren wordt genomen. We adviseren om deze modelinstelling toe te voegen aan het dashboard omdat deze zeggingskracht heeft.

Beschikbaarheid van volledige en betrouwbare gegevens

Voor het toevoegen van een vergelijking over jaren onderzochten we alleen het gebruik van JMV-gegevens. De JMV-gegevens bevatten alle benodigde informatie. Wel is het zo dat zorgaanbieders niet altijd in alle jaren JMV aanleveren, dit kan meerdere oorzaken hebben. Een zorgaanbieder kan bijvoorbeeld nog niet of niet meer actief zijn. In totaal heeft 60% van de zorgaanbieders in 2018 t/m 2020 elk jaar aangeleverd. Gegevens van grote zorgaanbieders zijn vaker voor alle drie de jaren aangeleverd dan gegevens van micro zorgaanbieders. Over het algemeen is de datakwaliteit van de JMV-gegevens die gebruikt worden in het JMV-model op orde (Hoofdstuk 2).



Figuur 15 Ongeveer de helft van de micro-zorgaanbieders en ongeveer drie kwart van de grote zorgaanbieders heeft in alle drie de jaren gegevens aangeleverd.

Vertaling van gegevens naar een modelinstelling in het JMV-model

Gegevens over meerdere jaren kunnen op verschillende manieren meegenomen worden. In de onderzochte toevoeging wordt voor iedere indicatorscore in het huidige JMV-model het gemiddelde genomen over de beschikbare jaren. In de meeste gevallen gaat dat om alle drie de jaren, in sommige gevallen om twee jaar en in sommige gevallen zal de indicator en dimensiescore niet veranderen omdat maar één jaar aan gegevens beschikbaar is. Indien een zorgaanbieder van sector verandert worden de scores alsnog berekend over alle beschikbare jaren (onafhankelijk van of de sector van toepassing was in alle jaren) omdat de zorgaanbieder van het ene op het andere jaar niet volledig andere zorg zal leveren. Met fusies van zorgaanbieders wordt geen rekening gehouden, de koppeling wordt gemaakt aan de hand van concerncodes. De berekening van scores over meerdere jaren is een toevoeging aan de modelinstellingen.

Samenhang met huidige indicatoren en zeggingskracht van de indicator

De samenhang met huidige indicatoren is niet van toepassing omdat de vergelijking over meerdere jaren een modelinstelling is en geen indicator.

Uit de resultaten van een t-test (Tabel 10) concluderen we dat voor drie van de vijf indicatoren de vergelijking over de jaren leidt tot een zeer beperkte stijging in de zeggingskracht voor continuïteit.[21] Voor de andere twee indicatoren is de daling van de zeggingskracht minimaal. Met name in de interviews met de begeleidingscommissie is aangegeven dat men verwacht dat een vergelijking over meerdere jaren extra inzichten geeft, omdat sterke wellicht verklaarbare eenmalige veranderingen (die niet altijd zullen leiden tot continuïteit- of rechtmatigheidsrisico's) op deze manier minder zwaar worden meegenomen. Door uit te gaan van meerdere jaren komen permanente continuïteits- en rechtsmatigheidsrisico's beter in beeld.

[21] We voerden tevens een t-test uit op de verandering in indicatorscores over de jaren, dit leverde op ziekteverzuim na geen significante resultaten op.

Tabel 10 Voor de meeste indicatoren leidt de vergelijking over de jaren tot een zeer beperkte stijging in de zeggingskracht

Indicator	Vergelijkingsgroep	t	p	Gem. indicatorscore failliet	Gem. indicatorscore niet failliet	Absoluut verschil
Resultaatratio	Alle zorgaanbieders - 2018	-5,73	<0,001	0,00	0,26	0,26
	Alle zorgaanbieders – 2018 t/m 2020	-7,05	<0,001	-0,07	0,24	0,31
Liquiditeitsratio	Alle zorgaanbieders - 2018	-4,18	<0,001	0,00	0,20	0,20
	Alle zorgaanbieders – 2018 t/m 2020	-4,68	<0,001	-0,04	0,19	0,23
Weerstandsvermogen	Alle zorgaanbieders - 2018	-4,24	<0,001	-0,09	0,11	0,20
	Alle zorgaanbieders – 2018 t/m 2020	-5,4	<0,001	-0,13	0,11	0,24
Ziekteverzuim	Alle zorgaanbieders - 2018	-2,45	0,017	-0,13	-0,04	0,09
	Alle zorgaanbieders – 2018 t/m 2020	-1,85	0,005	-0,11	-0,05	0,06
% Uitstroom	Alle zorgaanbieders - 2018	-2,65	0,010	0,13	0,34	0,21
	Alle zorgaanbieders – 2018 t/m 2020	-2,69	0,025	0,13	0,33	0,20

4.4 Een cliënt-indicator op basis van JMV voegt te weinig nieuwe informatie toe om deze toe te voegen aan het dashboard

Meerdere geïnterviewden gaven aan dat het toevoegen van informatie over het aantal cliënten, bij voorkeur met uitsplitsing naar financieringsstroom, mogelijk waardevol is. JMV-gegevens over het aantal cliënten zijn in 2020 uitgevraagd bij alle zorgaanbieders, in 2018 en 2019 alleen bij grote zorgaanbieders. Omdat Vektis-gegevens niet openbaar zijn, onderzochten we een indicator met JMV-gegevens die het aantal cliënten vergelijkt met de personeelskosten. We adviseren om van de informatie rondom cliënten geen nieuwe indicator te maken, omdat die lastig te definiëren is en waarschijnlijk beperkte zeggingskracht heeft.

Beschikbaarheid van volledige en betrouwbare gegevens

We onderzochten JMV-gegevens en de mogelijkheden voor het gebruik van Vektis-gegevens voor het berekenen van een cliënt-indicator. Het aantal cliënten in de JMV-gegevens is in 2020 bij alle zorgaanbieders uitgevraagd, in 2018 en 2019 alleen bij grote zorgaanbieders. Omdat Vektis-gegevens niet openbaar zijn gaan we voor de verdieping toch uit van een indicator op basis van JMV-gegevens. Een toets op de juridische haalbaarheid is daarom niet van toepassing.

- Vektis: Vektis-gegevens zijn niet openbaar. We verwachten dat de data betrouwbaar is omdat het gaat om gedeclareerde data. Echter hebben we de data niet tot onze beschikking dus kunnen we onze verwachting niet toetsen. Uit interviews concluderen we dat met Vektis-gegevens daarnaast een uitsplitsing naar sector mogelijk is.
- JMV-gegevens (Figuur 16): in 2020 zijn cliëntgegevens voor alle zorgaanbieders onderdeel van de JMV-gegevens, in 2018 en 2019 alleen voor grote zorgaanbieders. Gegevens over het aantal cliënten lijken betrouwbaar. Daarnaast is het aantal cliënten het meest hoogover gegeven rondom cliënten in de JMV-gegevens, en toonden we in §2.4 dat meer

gedetailleerde gegevens minder consistent worden ingevuld. Daarom onderzoeken we een indicator die uitgaat van het aantal cliënten.

Figuur 16 In de JMV-gegevens van 2020 is voor bijna 90% van de zorgaanbieders het aantal cliënten groter dan nul, in 2019 is dit maar 39% omdat het aantal cliënten alleen werd uitgevraagd bij grote zorgaanbieders.

Koppeling van Vektis-gegevens aan de JMV-gegevens en juridische haalbaarheid

Voor dit onderzoek verdiepen we een indicator op basis van JMV-gegevens, omdat Vektis-gegevens niet openbaar zijn. We verwachten dat de Vektis-gegevens wel te koppelen zijn aan de JMV-gegevens op basis van het KvK-nummer. Echter hebben wij geen toegang tot de gegevens en zou dit door NZa verder onderzocht moeten worden. Verder loopt er momenteel het traject 'zicht op zorgaanbieders', hierin wordt gekeken naar meerdere versies van het JMV-dashboard voor verschillende gebruikersgroepen die andere data toegang hebben. Binnen één van deze groepen zou het toevoegen van Vektis-data wellicht makkelijker zijn.

Op basis van het stoomschema in Figuur 12 stelden we de juridische haalbaarheid van een indicator met Vektis-gegevens vast. De cliëntgegevens op het niveau van zorgaanbieders in Vektis zijn niet openbaar. Daarvoor dient te worden vastgelegd dat de gegevens verzameld worden voor hetzelfde doel als het dashboard. Hierbij dient er rekening mee gehouden te worden dat het dashboard niet alleen door IGJ en NZa wordt gebruikt, maar bijvoorbeeld ook door gemeenten en

zorgverzekeraars. Indien IKZ van Vektis direct bruikbare geaggregeerde gegevens ontvangt schatten wij in dat de juridische haalbaarheid hoog is, als IKZ de persoonsgegevens (niet geaggregeerd) ontvangt schatten wij in dat de juridische haalbaarheid laag is.

Vertaling van gegevens naar een indicator in het JMV-model

De indicator past zowel in de dimensie rechtmatigheid als in continuïteit. Uit de interviews bleek dat inspecteurs verwachten dat een indicator die cliëntgegevens vergelijkt met financiële- of personeelsgegevens van toegevoegde waarde is. Omdat drie van de vijf indicatoren binnen rechtmatigheid uitgaan van omzet en veel samenhang vertonen (§3.4), kan het aantal cliënten gebruikt worden om bij één van die vijf indicatoren omzetgegevens te vervangen door cliëntgegevens.

Gegevens omtrent cliënten kunnen vertaald worden naar een indicator die voor 2018 en 2019 alleen van toepassing is bij de modelinstelling voor omvang 'Groot' (op dezelfde manier als de indicator voor vastgoed). De indicatorwaarde kan worden bepaald door de personeelskosten te delen door het aantal cliënten. De reden om te vergelijken met personeelskosten is dat financiële gegevens relatief betrouwbaar zijn en vaker beschikbaar. Met name in 2020, in dat jaar zijn voor ca. 300 meer zorgaanbieders gegevens beschikbaar voor personeelskosten dan voor het totaal aantal personeel. In 2019 en 2018 zijn de verschillen kleiner. Daarnaast wordt door uit te gaan van personeelskosten beter rekening gehouden met de zorgzwaarte. Het berekenen van de indicatorscore kan op dezelfde manier als huidige indicatoren, waarbij een lager aantal cliënten t.o.v. personeelskosten een hoger risico geeft voor de rechtmatigheid

Samenhang met huidige indicatoren en zeggingskracht van de indicator

De indicatorwaarden voor een cliënt-indicator zoals bovenstaand omschreven vertonen zeer weinig samenhang met de overige rechtmatigheidsindicatoren. Om te corrigeren voor uitschieters excludeerden we bij het vaststellen van de samenhang zorgaanbieders met indicatorwaarden kleiner dan 1.000 (minder dan €1.000 personeelskosten per cliënt) en indicatorwaarden groter dan 100.000 (meer dan €100.000 personeelskosten per cliënt). De indicator vertoont de meeste samenhang met de indicator resultaatratio (correlatie van -0,17).

We raden de projectgroep aan om voor toevoeging van de indicator een toets uit te voeren op de zeggingskracht voor rechtmatigheid met het VP (§3.1.2). Een toets op de zeggingskracht voor continuïteit is niet mogelijk omdat alleen voor 2020 de gegevens voor alle zorgaanbieders beschikbaar zijn. De zeggingskracht is naar verwachting beperkt, omdat er geen nieuwe (ten opzichte van huidige indicatoren in het JMV-model) JMV-kolom is waarmee een goede vergelijking gemaakt kan worden in de noemer van de indicator. Dit maakt het definiëren van de cliënt-indicator lastig. Daarnaast zegt het aantal cliënten mogelijk meer over de rechtmatigheid naar werknemers dan naar patiënten.

4.5 Een indicator voor verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering voegt nieuwe informatie met zeggingskracht toe aan het dashboard

Vooral geïnterviewden uit de begeleidingscommissie gaven aan dat ze informatie rondom verschillende verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering een waardevolle toevoeging zouden vinden aan het JMV-dashboard. Daarom onderzochten we een indicator op basis van gegevens rondom datum van indienen JMV, aanlevering JMV, accountantsverklaring en HKZ-certificaat. Uit deze verdieping blijkt dat gegevens openbaar beschikbaar, grotendeels volledig (alleen gegevens rondom de accountsverklaring zijn voor 2018 en 2019 niet beschikbaar) en betrouwbaar zijn. Daarom onderzochten we een indicator die penalty's toekent voor zorgaanbieders met risico's rondom verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering. We adviseren om deze indicator toe te voegen aan het JMV-dashboard voor continuïteit, omdat de indicator nieuwe informatie toevoegt (weinig samenhang) en zeggingskracht lijkt te hebben (combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve inschatting).

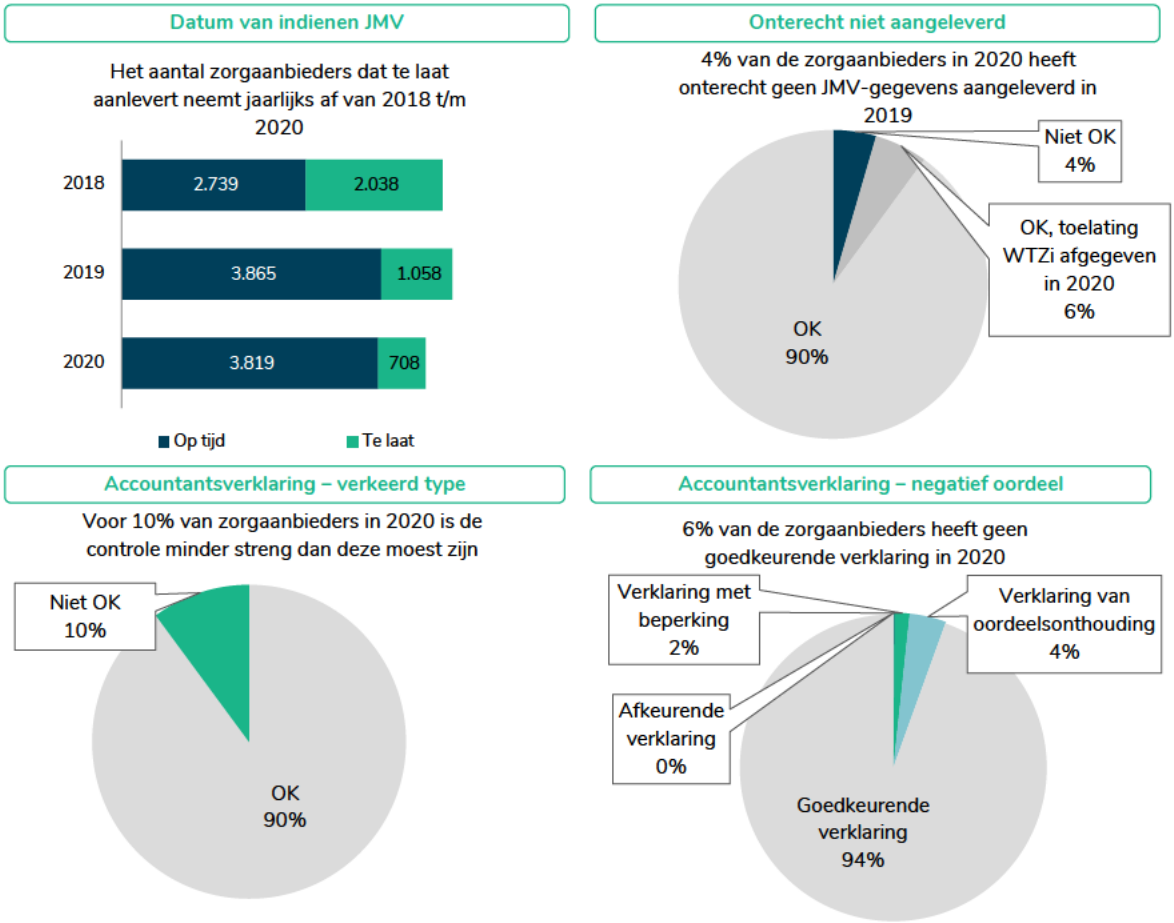
Beschikbaarheid van volledige en betrouwbare gegevens

We onderzochten de volledigheid en beschikbaarheid van JMV-gegevens en HKZ-gegevens voor het berekenen van een verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering indicator. Benodigde JMV-gegevens zijn grotendeels voor alle jaren beschikbaar en betrouwbaar. HKZ-gegevens zijn openbaar beschikbaar en volledig, maar niet op een eenvoudige manier te extraheren. Daarom verdiepen we in de rest van deze paragraaf een indicator die uitgaat van JMV-gegevens, en adviseren we om te onderzoeken of het toevoegen van HKZ-gegevens via een Excel-uitdraai mogelijk is.

- HKZ-gegevens: Het openbare HKZ-register bevat alle HKZ-certificaten van zorgaanbieders, dit is compleet en betrouwbaar. Het HKZ-register bevat tevens gegevens over wanneer het certificaat is behaald en tot wanneer het certificaat geldig is.
- JMV-gegevens (Figuur 17): alle benodigde gegevens zijn onderdeel van JMV, de gegevens omtrent de accountantsverklaring zijn alleen beschikbaar voor 2020.
  - Datum van indienen JMV[22]: het aantal zorgaanbieders dat te laat aanlevert neemt jaarlijks af. In 2018 leverde 43% van de zorgaanbieders te laat aan, in 2019 en 2020 was dit respectievelijk 21% en 16%.
  - Onterecht niet aangeleverd: 4% van de zorgaanbieders in 2020 heeft onterecht geen JMV-gegevens aangeleverd in 2019. We zijn ervan uitgegaan dat een zorgaanbieder onterecht geen JMV-gegevens heeft aangeleverd als deze in de JMV-gegevens van het voorgaande jaar niet terug was te vinden en geen WTZi-toelating is afgegeven in het huidige jaar.

[22] De deadline voor het indienen in 2018 was 1 juni van het volgend jaar, voor 2019 en 2020 was dit i.v.m. Corona 1 oktober van het volgend jaar

- Accountantsverklaring: gegevens alleen voor 2020 beschikbaar. In 2020 is voor 10% van de zorgaanbieders de controle minder streng dan deze moest zijn[23]. Daarnaast heeft 6% van de zorgaanbieders geen goedkeurende verklaring in 2020.



Figuur 17 In 2020 leverde ca. 16% van de zorgaanbieders te laat aan, 4% van de zorgaanbieders leverde onterecht niet aan, 10% van de zorgaanbieders diende de verkeerde accountantsverklaring in en 6% had geen goedkeurende accountantsverklaring

Koppeling van HKZ-gegevens aan de JMV-gegevens en juridische haalbaarheid

Het HKZ-register bevat certificaten op zorgaanbiedernaam, zoeken op KvK of AGB-code is niet mogelijk. Omdat de naam in JMV en HKZ exact overeenkomen moet komen om de zorgaanbieder te vinden gaat de koppeling wellicht niet altijd goed, bijvoorbeeld als een certificaat slechts geldt voor een deel van de organisatie (bijv. een afdeling). HKZ-certificaten zijn te vinden op de HKZ-website. De gegevens op de website zijn echter niet op een eenvoudige manier te extraheren.

[23] Check alleen uitgevoerd voor 1.186 zorgaanbieders met alle gegevens compleet. Check uitgevoerd o.b.v.: https://www.jaarverantwoordingzorg.nl/wat-en-hoe/welke-gegevens-aanleveren/wanneer-welke-accountantsverklaring

Daarom raden we aan om met HKZ in gesprek te gaan om de mogelijkheid van een HKZ-register Excel-uitdraai te bespreken.

Het HKZ-register is een openbare bron en voldoet daarmee aan de voorwaarden voor het verzamelen en verwerken van persoonsgegevens. Indien de indicator niet leidt tot meer inzicht in gegevens die herleidbaar zijn naar een persoon dan is de juridische haalbaarheid hoog.

Vertaling van gegevens naar een indicator in het JMV-model

Uit de interviews concluderen we dat een indicator voor verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering zowel zeggingskracht kan hebben voor continuïteit als voor rechtmatigheid, omdat risico's op het gebied van kwaliteit en verantwoording zowel een teken kunnen zijn van financiële problemen als van fraude. We adviseren echter om de indicator toe te voegen aan de dimensie continuïteit, omdat uit de kwantitatieve analyse blijkt dat de indicator voor continuïteit in ieder geval zeggingskracht lijkt te hebben (zie later deze paragraaf).

Gegevens omtrent verantwoordingskenmerken en kwaliteitscertificering kunnen vertaald worden naar een indicator door voor ieder risico een penalty in te stellen. De risico's worden vertaald naar een score tussen -1 en 0 door de scores te schalen aan de hand van het minimum en maximum in de gehele vergelijkingsgroep. Door deze vertaling kan de indicator alleen een negatieve invloed op de dimensiescore hebben. Het gaat om de volgende risico's die allen even zwaar meewegen:

- JMV-gegevens te laat ingediend
- JMV-gegevens onterecht niet ingediend
- Verkeerde type accountantsverklaring (niet mogelijk voor 2018 en 2019)
- Geen positieve accountsverklaring (niet mogelijk voor 2018 en 2019)
- Afwezigheid van HKZ-certificaat (nog niet mogelijk)

Samenhang met huidige indicatoren en zeggingskracht van de indicator

In 2020 scoren acht zorgaanbieders -3 op de indicator, 128 zorgaanbieders -2 en 916 zorgaanbieders -1. De overige zorgaanbieders voldoen aan alle verantwoordingskenmerken. Deze toets is exclusief de toets op kwaliteitscertificering omdat daarvoor (nog) geen gegevens beschikbaar zijn. De indicatorwaarden voor een indicator met verantwoordingskenmerken zoals bovenstaand omschreven hangen nauwelijks samen met de overige continuïteitsindicatoren. De indicator vertoont de meeste samenhang met de indicator weerstandsvermogen (correlatie van -0,06).

We raden de projectgroep aan om voor toevoeging van de indicator een toets uit te voeren op de zeggingskracht voor rechtmatigheid met het VP (§3.1.2). Een toets op de zeggingskracht voor continuïteit met een t-test is niet mogelijk, omdat voor 2018 geen volledige indicator kan worden vastgesteld. Uit Tabel 11 blijkt dat zorgaanbieders met (later) een faillissement de JMV-gegevens aanzienlijk vaker te laat inleverden. Voor de overige kenmerken is de steekproefgrootte te klein om een conclusie te trekken. Dit, tezamen met de conclusie uit de interviews dat informatie omtrent verantwoordingskenmerken inzichten kan bieden in risico's, leidt tot de inschatting dat de indicator zeggingskracht heeft.

Tabel 11 Zorgaanbieders met (later) een faillissement leverden de JMV-gegevens in 2018 aanzienlijk vaker te laat in

Verantwoordingskenmerken (meest recente beschikbare jaar voor analyse)	Wel faillissement	Geen faillissement
JMV-gegevens te laat ingediend (2018)	44 (70%)	1.996 (42%)
JMV-gegevens onterecht niet ingediend (2019)	2 (6%)	393 (8%)
Het verkeerde type accountantsverklaring (2020)	1 (7%)	119 (3%)
Geen positieve accountantsverklaring (2020)	1 (7%)	163 (4%)

Bijlage 1: Onderzoeksvragen en-antwoorden

Deel 1 van het onderzoek: analyses naar de validiteit van het huidige dashboard

Deel 1 van het onderzoek bestond uit 8 deelvragen, welke wij op basis van interviews, deskresearch en analyses beantwoordden:

1. Hoe zijn de indicatoren en dimensies die worden weergegeven in het dashboard tot stand gekomen? Welke keuzes zijn hierbij gemaakt?
   De indicatoren en het model zijn ontwikkeld door een projectgroep met de IKZ, NZa en IGJ. Zij hebben, op basis van hun ervaring met het onderzoeken en bestrijden van zorgfraude en een longlist met indicatoren, keuzes gemaakt over de indicatoren, afkapwaarden, grenswaarden en modelinstellingen (Hoofdstuk 2).

2. Wat zijn mogelijkheden en beperkingen van deze indicatoren gezien de brondata waarop zij gebaseerd zijn? Hoe betrouwbaar en volledig zijn ze?
   Op basis van een zestal controles op de datakwaliteit concluderen we dat zorgaanbieders de brondata voor de indicatoren over het algemeen betrouwbaar en volledig invullen (Hoofdstuk 2). Dit maakt deze JMV-gegevens een goede basis voor het JMV-model.

3. Welke samenhang zien we tussen de beide dimensies (is er een verband tussen rechtmatigheid en continuïteit)?
   In 2020 vertoont het model met alle zorgaanbieders (in modelinstellingen geen sector en geen omvang geselecteerd) geen tot een zwakke correlatie tussen de dimensies continuïteit en rechtmatigheid, indien resultaatratio wordt uitgesloten.

4. Welke samenhang zien we tussen de indicatoren per dimensie (interne consistentie)?
   In 2020 vertonen continuïteitsindicatoren geen tot zeer weinig samenhang. Voor de rechtmatigheid tonen 3 van de 5 indicatoren vrij veel samenhang, dit zijn de indicatoren waarvan de waarde onder andere afhangt van de hoogte van de omzet.

5. In hoeverre zijn bepaalde indicatoren van elkaar afhankelijk en wat betekent dit voor de zeggingskracht van deze indicatoren?
   Omdat drie van de vijf rechtsmatigheidsindicatoren uitgaan van de omzet, heeft de omzet (wellicht onterecht) een groter effect op de dimensiescore dan andere waarden. Daarnaast heeft %loonkosten/omzet in de standaard modelinstellingen een dubbele weging t.o.v. de andere indicatoren waardoor de omzet een nog groter effect heeft op de dimensiescore. Daardoor is de gecombineerde zeggingskracht van indicatoren beperkter.

6. Welke verbeterpunten zijn te identificeren wat betreft de gemaakte keuzes? Zijn de indicatoren volledig, worden er indicatoren gemist?

In Tabel 2 staan aanbevelingen opgenomen voor de verwerking van de JMV-gegevens, verbeteringen van het huidige JMV-model en uitbreidingen daarvan.

7 Is er onderbouwing vanuit literatuur/experts op basis waarvan een logisch verband te veronderstellen is tussen de huidige indicatoren/dimensies en risico's voor onrechtmatigheid, continuïteit en kwaliteit?
Voor continuïteit stellen we op basis van kwantitatieve analyses een verband vast: Zorgaanbieders die failliet zijn gegaan tussen 2019 en 2022 scoren significant slechter op continuïteitsindicatoren dan zorgaanbieders die niet failliet zijn gegaan. Het is met de huidige beschikbare informatie niet mogelijk een verband vast te stellen voor de rechtmatigheidsindicatoren. Tevens vonden wij geen literatuur waarmee we het verband vast konden stellen.[24] De geïnterviewden gaven aan dat indicatoren/dimensies inzicht gaven in risico's voor onrechtmatigheid, maar dat altijd aanvullend onderzoek nodig is en dat dit onderzoek lastig te standaardiseren is in een dashboard.

8 Zijn er andere bronnen die een indicatie geven van rechtmatigheid/continuïteit waarmee een vergelijking gemaakt kan worden?
Voor continuïteit is een vergelijking mogelijk met het faillissement register. Voor rechtmatigheid is een vergelijking mogelijk met het Verzamelpunt zorgfraude, echter is niet vast te stellen of dit een goede bron is om een vergelijking mee te maken.

Deel 2 van het onderzoek: beoordeling van mogelijke doorontwikkelingen van het huidige dashboard

Deel 2 van het onderzoek bestond uit 4 deelvragen, welke wij op basis van interviews, en kwalitatief en kwantitatief onderzoek beantwoordden:

9 Kunnen we uit andere bronnen relevante aanvullende informatie krijgen over de financiële gezondheid van zorgaanbieders, bijvoorbeeld overige informatie uit jaarrekeningen of Vektis? In hoeverre kunnen we deze gegevens toevoegen aan het dashboard (inclusief juridische toets)?
Informatie uit het HKZ-register en KvK geven naar verwachting relevante aanvullende informatie, we raden NZa, IGJ en IKZ aan om de mogelijkheden om deze informatie toe te voegen na te gaan. Jaarrekeningen en Vektis geven naar verwachting tevens relevante aanvullende informatie, echter lijkt het toevoegen van deze informatie (op korte termijn) niet realistisch.

10 Welke mogelijkheden hebben zorgaanbieders om, terwijl er wel risico's zijn op onrechtmatigheid, slechte scores op het dashboard te omzeilen (bijvoorbeeld door complexe bedrijfsstructuren)?
Zorgaanbieders vullen gegevens in via het online aanleverportaal DigiMV. Er vindt steekproefsgewijs toezicht plaats of zorgaanbieders die onder de WTZi vallen inderdaad hun

[24] Er is weinig (wetenschappelijke) literatuur gevonden voor onderzoek naar fraude in de zorg en hoe dit (met data) te voorspellen is. Het meest relevante artikel wat we vonden is https://au.milliman.com/en/insight/anomaly-analysis-and-detection-in-health-insurance. Hierin wordt een modelmatige manier van zorgfraude opsporen op basis van declaratiedata omschreven en getoetst. Echter zien wij geen directe relatie met het JMV-model.

data aanleveren. *Op de kwaliteit van ingevulde gegevens van zorgaanbieders vindt echter geen integraal toezicht plaats. In het aanleverportaal zijn wel basisrekenregels gedefinieerd met checks of ingevulde waarden logisch zijn. Zorgaanbieders kunnen slechte scores ontwijken door niet aan te leveren of door de gegevens opzettelijk verkeerd in te vullen. Daarnaast blijkt uit de interviews dat gebruikelijke manieren van organisaties om geld 'weg te sluizen', zoals vastgoedconstructies, tevens mogelijk zijn.*

11 Zijn er verbeterpunten om de toepasbaarheid en zeggingskracht van de data te vergroten?
In Tabel 2 *staan aanbevelingen opgenomen voor de verwerking van de JMV-gegevens, verbeteringen van het huidige JMV-model en uitbreidingen daarvan.*

12 Kan de indicator omzet-winstverhouding verder worden verfijnd en benut ten behoeve van controle en toezicht?
De diversiteit aan verklaringen voor een afwijkende resultaatratio maakt verfijning van de indicator waarschijnlijk niet van toegevoegde waarde. Het is wel mogelijk om de interpretatie van de omzet-winstverhouding te vergemakkelijken voor de gebruiker door het geven van (extra) toelichting en aanvullende inzichten uit data.

Bijlage 2: Details JMV-dashboard

In deze bijlage lichten we de werking van het JMV-dashboard en het onderliggende model gedetailleerd toe. We gaan in op het opschonen van de data, de gebruikte grenswaarden, de berekening van indicator- en dimensiescores. Tot slot geven we een overzicht hoe deze informatie gepresenteerd wordt in het JMV-dashboard.

De JMV-gegevens worden opgeschoond door afkapwaarden en specifieke aannames

Het komt voor dat zorgaanbieders lege waarden of waarde nul hebben voor een deel van de JMV-gegevens. Om de zorgaanbieder toch mee te kunnen nemen in het model heeft de projectgroep voor een deel van de missende waarden aannames gedaan. Hierbij zijn aannames gekozen die geen negatief effect hebben op de scores van de zorgaanbieders. De volgende bewerkingen zijn doorgevoerd:

- Als velden over schulden leeg zijn, dan vulden ze deze velden met nul.
- Als percentage uitbestedingen leeg is en de vraag “Heeft de zorgaanbieder uitbesteed?” met ‘Nee’ is beantwoord, dan vulden ze voor uitbestedingen 0% in.
- Als er geen uitstroom van personeel is ingevuld, dan vulden ze dit veld met nul.
- Als het veld ‘overige opbrengsten’ leeg is, dan vulden ze dit veld met nul.

Naast het opschonen van de data door aannames over missende en nul waarden, gebruikt het JMV-model afkapwaarden om de invloed van uitbijters te verminderen. Indien een zorgaanbieder boven of onder een afkapwaarde op een indicator scoort wordt deze aangepast naar de afkapwaarde. Afkapwaarden (Tabel 12) zijn vastgesteld op basis van data-analyses gecombineerd met een inschatting van wanneer een waarde vermoedelijk een uitbijter is.

Tabel 12. Afkapwaarden worden voor negen van de tien indicatoren gebruikt om extreme waarden geen verstoord beeld te laten geven.

Dimensie	Indicator	Afkapwaarde
Continuïteit	Resultaatratio	<-50 of >50
Continuïteit	Liquiditeitsratio	<0 of >10
Continuïteit	Weerstandsvermogen	<-50 of >100
Continuïteit	Ziekteverzuim	>20
Continuïteit	% Uitstroom	>75
Rechtmatigheid	Resultaatratio	<-50 of >50
Rechtmatigheid	Verhouding personeelskosten en omzet	<0 en >100
Rechtmatigheid	Zorgomzet per fte	>200.000
Rechtmatigheid	% Uitbestedingen	N.v.t.
Rechtmatigheid	Groei omzet	<100 en >100

Grenswaarden geven aan wanneer een score afwijkt

De grenswaarde is nodig om aan te geven wanneer een score afwijkt en wanneer er een grotere kans is op risico's op continuïteit en rechtmatigheid. Door de grenswaarden worden de indicatorscores gestandaardiseerd zodat ze in het model gecombineerd kunnen worden tot een dimensiescore. Als een zorgaanbieder precies op de grenswaarde scoort dan krijgt deze score nul. Indien ingeschat wordt dat het risico van een zorgaanbieder laag is dan heeft deze een score tussen de nul en de één. Indien het risico van een zorgaanbieder hoog is wordt een score tussen de min één en nul gegeven. De grenswaarde is daarom bepalend voor de indicatorscore.

Voor de overige zes indicatoren is de grenswaarde relatief aan de vergelijkingsgroep. Hierbij wordt gewerkt met percentielen. De projectgroep heeft gekozen om de grenswaarde zodanig te nemen dat het kwart van de zorgaanbieders met het hoogste risico voor een indicator een indicatorscore onder de 0 heeft, dit betekent voor sommige indicatoren percentiel 75 en voor sommige indicatoren percentiel 25. De projectgroep vond percentiel 90 te streng (slechts een zeer beperkte groep van zorgaanbieders scoort negatief) en percentiel 50 te weinig differentiërend.

Tabel 13 geeft de grenswaarden per dimensie en indicator weer. Voor vier indicatoren is de grenswaarde een absolute waarde, waar mogelijk bepaald op basis van bronnen of logica. Dit is het geval bij:

- Resultaatratio (continuïteit): de grenswaarde is gelijk aan 0 omdat de verwachting is dat verlies maken een risico is voor de continuïteit.
- Liquiditeitsratio: de grenswaarde is gelijk aan 1 op basis van de grenswaarde gebruikt door Kurtosis. De kamer van koophandel (KvK) gebruikt dezelfde grenswaarde. Een gemiddelde onderneming heeft een liquiditeitsratio tussen de 1,2 en 1,5.
- Weerstandsvermogen: de grenswaarde is gelijk aan 15% op basis van het percentage waarvoor het waarborgfondszorg aangeeft dat het weerstandsvermogen onder deze waarde zwak is[25].
- Percentage uitbestedingen: de grenswaarde is gelijk aan 10%[26]. De projectgroep geeft aan dat hoe lager het percentage uitbestedingen is hoe beter.

Voor de overige zes indicatoren is de grenswaarde relatief aan de vergelijkingsgroep. Hierbij wordt gewerkt met percentielen. De projectgroep heeft gekozen om de grenswaarde zodanig te nemen dat het kwart van de zorgaanbieders met het hoogste risico voor een indicator een indicatorscore onder de 0 heeft, dit betekent voor sommige indicatoren percentiel 75 en voor sommige indicatoren percentiel 25. De projectgroep vond percentiel 90 te streng (slechts een zeer beperkte groep van zorgaanbieders scoort negatief) en percentiel 50 te weinig differentiërend.

[25] Het waarborgfonds zorg geeft in de "Pros en contras bij beoordeling borgingsverzoek" aan dat het weerstandsvermogen zwak is bij < 15%. (www.wfz.nl/uploads/file/Pagina-documenten/WFZ_Pros_en_contras_bij_beoordeling_borgingsverzoek.pdf)
[26] De onderliggende JMV-gegevens worden aangeleverd als categorale variabele per 10%.

Tabel 13. Zes van de tien indicatoren hebben een grenswaarde gebaseerd op percentielen en zijn dus relatief aan de vergelijkingsgroep, de overige indicatoren zijn gebaseerd op bronnen of logica.

Dimensie	Indicator	Grenswaarde
Continuïteit	Resultaatratio	Verlies>0
Continuïteit	Liquiditeitsratio	>1
Continuïteit	Weerstandsvermogen	>15
Continuïteit	Ziekteverzuim	< percentiel 75
Continuïteit	% Uitstroom	< percentiel 75
Rechtmatigheid	Resultaatratio	< percentiel 75
Rechtmatigheid	Verhouding personeelskosten en omzet	> percentiel 25
Rechtmatigheid	Zorgomzet per fte	< percentiel 75
Rechtmatigheid	% Uitbestedingen	<10%
Rechtmatigheid	Groei omzet	< percentiel 75

Indicatoren worden berekend aan de hand van kolommen uit de JMV-gegevens

Voor elke indicator krijgt de zorgaanbieder een score tussen min één en plus één. De hoogste waarde na toepassingen van de afkapwaarden in de groep zorgaanbieders krijgt de score één, de laagste waarde krijgt de score min één. De tussenliggende scores worden als volgt uitgerekend[27]:

- Voor waarden x onder de grenswaarde: $(gw-x)/(gw-min)*-1$
- Voor waarden x boven de grenswaarde: $(x-gw)/(max-gw)*1$

Zorgaanbieders die aan de niet risicokant van de grenswaarde scoren krijgen een score boven nul. Zorgaanbieders die aan de wel risicokant van de grenswaarde scoren krijgen een score onder nul. Indicatorscores zijn dus relatief aan de grenswaarde én aan andere zorgaanbieders.

Voor de indicatoren ziekteverzuim en uitbestedingen is een extra stap aan de berekening toegevoegd. Als een zorgaanbieder hier positief op scoort (een score tussen nul en één), wordt de score teruggezet op nul. Deze stap is ingebouwd omdat veel zorgaanbieders een score rond de één hebben en hiermee de invloed van andere indicatoren overschaduwen. Door deze stap kan ziekteverzuim en uitbesteding alleen een negatieve invloed hebben op de score voor continuïteit of rechtmatigheid.

De dimensiescore is het gewogen gemiddelde van de indicatorscores

De twee dimensiescores zijn beide gebaseerd op een gewogen gemiddelde van vijf indicatoren. Iedere indicator telt even zwaar mee, met uitzondering van de indicatoren liquiditeit en loonkosten/omzet. Deze wegen beiden twee keer zo zwaar mee in de standaard modelinstellingen. Hiervoor is gekozen door de projectgroep omdat zij verwachten dat deze twee

[27] Indien het nodig was om uitbijters te corrigeren met de afkapwaarde, is de afkapwaarde de min of max in de berekening van de indicatorscore.

indicatoren belangrijk zijn voor het vaststellen van de risico's voor de continuïteit en rechtmatigheid van de zorg op korte termijn. De modelinstellingen kan de gebruiker aanpassen.

Wanneer een indicator een missende waarde heeft, wordt deze niet meegenomen in de berekening van de dimensiescore. Na berekening op basis van de beschikbare indicatoren wordt per missende waarde 0 tot 0,2 punt van de dimensiescore afgetrokken. De hoogte van deze aftrek kan de gebruiker bij de handmatige modelinstellingen aanpassen. De standaardinstelling is een aftrek van 0,1 punt per missende waarde. Bij een missende waarde op omzetgroei wordt géén aftrek toegepast, omdat er in dit geval mogelijk geen omzet in het vorige jaar was (bijvoorbeeld bij een nieuwe zorgaanbieder).

De berekening van de dimensiescores is als volgt:

$$\boldsymbol{Dimensiescore} = \frac{Som\left\{\begin{matrix}(waarde\ indicator\ 1 * gewicht\ indicator\ 1),\\ (waarde\ indicator\ 2 * gewicht\ indicator\ 2),\\ \ldots,\\ (waarde\ indicator\ 5 * gewicht\ indicator\ 5)\end{matrix}\right\}}{Som\{Alle\ gewichten\}} - (aftrek * aantal\ missend)$$

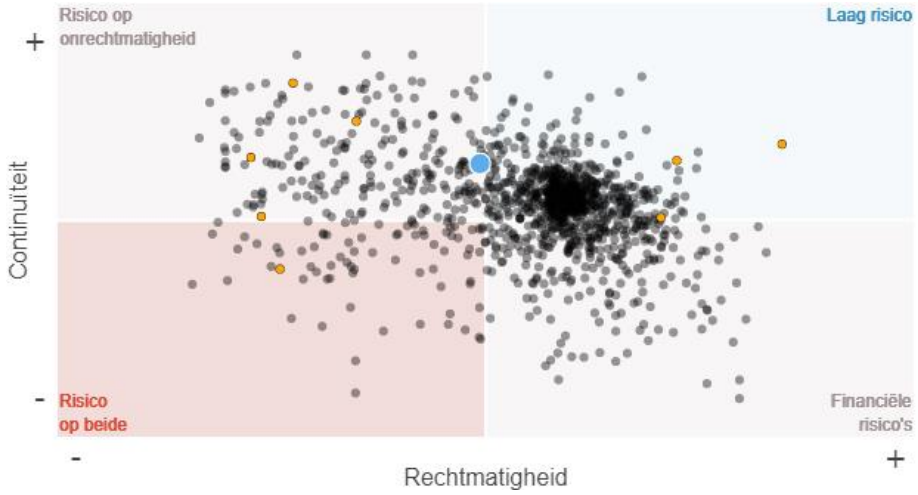
Het JMV-dashboard bestaat uit drie pagina's; de modelpagina, de zorgaanbiederpagina en de lijstpagina.

Modelpagina

De modelpagina geeft de uitkomsten weer van het achterliggende model van het JMV-dashboard. De zogenaamde dimensiescores geven inzicht in:

- de continuïteit, oftewel, of een zorgaanbieder in de toekomst dezelfde zorg op een vergelijkbaar niveau kan blijven leveren.
- de rechtmatigheid, oftewel, of een zorgaanbieder zich aan de wetten en regels houdt en dus rechtmatig zorg verleent.

Zorgaanbieders worden geplot in een matrix op basis van de dimensiescores voor continuïteit en rechtmatigheid. De zorgaanbieders in de matrix zijn geselecteerd middels de modelinstellingen en filters. De gebruiker selecteert in de grafiek of de bijbehorende tabel een zorgaanbieder om de details in te zien. Bij het selecteren van een zorgaanbieder verschijnt een overzicht met de scores op de individuele indicatoren en de dimensies.



Figuur 18.Matrix met de totaalscores van het model op de modelpagina

Zorgaanbiederpagina

De zorgaanbiederpagina geeft de details van één geselecteerde zorgaanbieder weer. Dit gaat om algemene informatie zoals kvk-nummer en adres, maar ook om detailinformatie per indicator voor alle jaren die in het JMV-dashboard voor de geselecteerde zorgaanbieder beschikbaar zijn. Voor iedere indicator is een uitleg beschikbaar. Hierin wordt toegelicht wat de indicator inhoudt, waarom de indicator relevant is, hoe deze geïnterpreteerd kan worden en met welke aandachtspunten de gebruiker rekening moet houden. Het is mogelijk om de informatie van deze pagina te downloaden in pdf-vorm.

Lijstpagina

De laatste pagina op het dashboard is de lijstpagina, hier kan de gebruiker een tabel maken met de zorgaanbieders waarin hij of zij geïnteresseerd is. Naast de indicatoren uit het model zijn JMV-kolommen beschikbaar zoals nettoresultaat, eigen vermogen, in- en uitstroom fte, personeelskosten en omzet zorg. Dit geeft de gebruiker de mogelijkheid om (een deel van) de JMV-gegevens makkelijk te verwerken en te gebruiken. Het is mogelijk de gemaakte tabel te exporteren als Excel bestand voor eigen analyses.

Tabel 14. Overzicht indicatoren, berekeningen, grenswaarden, afkapwaarden, wegingen en gebruikte JMV-variabelen

Indicator *Beschrijving bij risicosituatie*	Berekening	Grenswaarde	Datamanipulatie	Variabelen JMV 2018/2019
Resultaatratio Is er verlies/hoge winst gemaakt (% t.o.v. omzet)?	100 * netto resultaat / totale bedrijfsomzet	Verlies; >0 Winst; < Percentiel 75	**Afkapwaarden** <-50 en >50 **Weging** 1	**Groot** 100 * jeu11520_jeu11520 / jeu10800_jeu10800 **Micro** 100 * jeu11520_Micro_jeu11520_Micro / jeu10800_Micro_jeu10800_Micro
Liquiditeitsratio Zijn er onvoldoende middelen om op korte termijn schulden af te lossen?	Vlottende activa / kortlopende schulden	1	**Afkapwaarden** <0 en >10 **Weging** 2 **Bewerking** Als velden over schulden leeg, dan 0	**Groot** jeu09200_jeu09200/ (jeu10210_jeu10210 + jz_jeuD1_schuldsubs_jz_jeuD1_schuldsubs + jeu10200_schuldover_jeu10200_schuldover) **Micro** (jeu09100_Micro_jeu09100_Micro + jeu09150_Micro_jeu09150_Micro) / jeu10200_schuldover_Micro_jeu10200_schuldover_Micro
Weerstandsvermogen Zijn er onvoldoende reserves om financiële verliezen op te vangen?	100 * eigen vermogen / omzet	>15	**Afkapwaarden** <-50 en >100 **Weging** 1	**Groot** 100 * jeu09700_jeu09700 / jeu10800_jeu10800 **Micro** 100 * jeu09700_Micro_jeu09700_Micro / jeu10800_Micro_jeu10800_Micro
Ziekteverzuim Is het percentage ziekteverzuim (excl. zwangerschapsverlof) hoog?	Direct overgenomen uit JMV	< Percentiel 75	**Afkapwaarden** Nvt en >20 **Weging** 1	**Groot** qPersTotLoonVerzuim_percVerzuim **Micro** qPersTotLoonVerzuim_percVerzuim
%Uitstroom Is het percentage uitstroom in verslagjaar t.o.v. totaal personeel aan het eind van het jaar (in fte) hoog?	100 * (UitstroomPersoneelfte) / TotaalPersoneelfte)	< Percentiel 75	**Afkapwaarden** Nvt en >75 **Weging** 1 **Bewerking** Als uitstroom is leeg, dan 0	**Groot** 100 * qPersVerloopTot_UitstroomFte / qPersTotTot_AantalFte **Micro** 100 * qPersVerloopTot_UitstroomFte / qPersTotTot_AantalFte
Verhouding personeelskosten en omzet Gaat er onvoldoende geld naar personeelskosten?	100 * personeelskosten / totale bedrijfsomzet	> Percentiel 25	**Afkapwaarden** <0 en >100 **Weging** 2	**Groot** 100 * jeu10900_jeu10900 / jeu10800_jeu10800 **Micro**

				100 * jeu13251_Micro_jeu13251_Micro / jeu10800_Micro_jeu10800_Micro
Zorgomzet per fte Wordt er onvoldoende zorg geleverd per fte?	Zorgomzet / fte	**Grenswaarde** < Percentiel 75	**Afkapwaarden** Nvt en > 200.000 **Weging** 1 **Bewerking** Als overige omzet leeg, dan 0	**Groot** (jeu10800_jeu10800 – jeu10700_jeu10700) / qPersTotTot_AantalFte **Micro** (jeu10800_Micro_jeu10800_Micro – jeu13131_Micro_jeu13131_Micro) / qPersTotTot_AantalFte
%Uitbestedingen Wordt meer dan 10% van de omzet gebruikt voor het inkopen van zorg?	Categoriale variabel in JMV 1= “0-10% vd omzet” 2= “10-20% vd omzet” 3= “20-30% vd omzet” 4= “30-40% vd omzet” 5= “40-50% vd omzet” 6= “50-60% vd omzet” 7= “60-70% vd omzet” 8= “70-80% vd omzet” 9= “80-90% vd omzet” 10=”90-100% vd omzet”	**Grenswaarde** < 10% **Afkapwaarden** Nvt	**Weging** 1 **Bewerking** Als percentage uitbestedingen leeg en de vraag “Heeft de zorgaanbieder uitbesteed?” met ‘Nee’ wordt beantwoord, dan uitbestedingen 0%.	**Groot** qeu70300_omzet_qeu70300_omzet **Micro** qeu70300_omzet_qeu70300_omzet
Groei van omzet Heeft een grote verandering van de omzet plaatsgevonden?	100 * (omzet vorig jaar-omzet dit jaar) / (omzet vorig jaar))	**Grenswaarde** < Percentiel 75 **Afkapwaarden** <100 en >100	**Weging** 1	**Groot** 100 * (jeu10800_jeu10800 -jeu10800_jeu10801) / jeu10800_jeu10801 **Micro** 100 * (jeu10800_Micro_jeu10800_Micro – jeu10800_Micro_jeu10801_Micro) / jeu10800_Micro_jeu10801_Micro

Bijlage 3: JMV-gegevens en kwaliteit

In deze bijlage lichten we de bron toe waarop het JMV-dashboard is gebaseerd. Daarnaast lichten we de uitgevoerde analyses op de kwaliteit van brondata verder toe:

- Concerntypering
- Type verantwoording
- Rechtsvorm
- Uitbestedingen

Brondata JMV-dashboard: Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV)

Het JMV-dashboard is gebaseerd op de Jaarverantwoording Zorg en Jeugd, ook wel Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) genoemd. Zorgaanbieders vullen gegevens in via het online aanleverportaal DigiMV. Er vindt steekproefsgewijs toezicht plaats op de aanlevering. De kwaliteit van de gegevens is grotendeels afhankelijk van de nauwkeurigheid waarmee zorgaanbieders de gegevens invullen.

DigiMV bestaat uit een basisvragenlijst en vragenlijsten met deelvragenlijsten:

1. **Basisvragenlijst**: algemene vragen over de zorgaanbieder, onder andere of een zorgaanbieder voldoet aan de criteria voor vereenvoudigde verantwoording.
2. **Vragenlijst hoofdentiteit:** vragen omtrent NAW-gegevens, rechtsvorm en aard van de activiteiten.
3. **Overige vragenlijsten:** na invullen van de basisvragenlijst en de vragenlijst hoofdentiteit zet DigiMV de overige vragenlijsten klaar die van toepassing zijn. Dit gaat om specifieke informatie over de zorgaanbieder op het gebied van de organisatiestructuur, financiële gegevens, governance, personeel, patiënten en cliënten en productie.

Naast deze vragenlijsten deponeert de zorgaanbieder de jaarrekening en de accountantsverklaring (indien van toepassing). Als laatste vult de zorgaanbieder de bestuursverklaring in. Daarmee verklaart het bestuur dat de informatie juist en volledig is en niet strijdig is met andere beschikbare informatie. Welke overige vragenlijsten van toepassing zijn is onder andere afhankelijk van de aanschrijfreden van de zorgaanbieder. Combinatie-instellingen leveren 1 jaarverantwoording aan.[28] De aanschrijfreden maakt onderscheid tussen:

1. Zorgaanbieders (WTZi)
2. Zorgaanbieders in het domein Jeugd
3. Veilig Thuis-zorgaanbieders
4. Regionale Ambulancevoorziening
5. Zorgaanbieders voor mobiele zorg vanuit of naar het buitenland (sinds 2020)

[28] Zorgaanbieders met als enige aanschrijfreden “Regionale Ambulancevoorziening” leggen verantwoording af door aanlevering van een jaarrekening met een controleverklaring van de accountant, daarom zijn voor deze zorgaanbieders (nagenoeg) geen JMV-gegevens beschikbaar.

Het hoofddoel van de verantwoording is een optimaal transparante zorgsector. Het moet helder zijn waar financiële middelen van een zorgaanbieder vandaan komen en waaraan deze middelen zijn besteed. Daarnaast moeten zorgaanbieders gegevens over de organisatiestructuur, in het bijzonder bestuursstructuur en bedrijfsvoering, openbaar maken.

Datakwaliteit van 'Concerntypering'

Bij de concerntypering selecteert een zorgaanbieder het type bedrijfsactiviteiten. Er is een selectie van meerdere antwoorden mogelijk. De concerntypering wordt alleen uitgevraagd voor zorgaanbieders (WTZi) en instellingen in het domein Jeugd. De antwoordmogelijkheden voor zorgaanbieders (WTZi) bestaan uit Gehandicaptenzorg, medisch specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, VVT, kraamzorg en forensische zorg. Bij selectie van medisch specialistische zorg wordt een nadere typering uitgevraagd (UMC, Algemeen ziekenhuis, ...). De antwoordmogelijkheden voor instellingen in het domein Jeugd bestaan uit jeugdhulpaanbieder, gecertificeerde instelling en justitiële jeugdinrichting. Bij selectie van Jeugdhulpaanbieder wordt een nadere typering uitgevraagd, deze nadere typering wordt niet gebruikt in het JMV-model.

Om de datakwaliteit van concerntypering te onderzoeken voerden we de volgende analyses uit:

- We vergeleken de aantallen per type concern met de informatie beschikbaar bij het CBS (Zorginstellingen; kerncijfers, aantal middelgrote en grote ondernemingen per branche).
- We controleerden of de aantallen constant zijn over de jaren 2018, 2019 en 2020.
- We onderzochten welke combinaties aan concerntyperingen het vaakst voorkomen.
- We controleerden voor 2020 of de ingevulde concerntypering (bedrijfsactiviteiten) voor zorgaanbieders (WTZi) overeenkwam met de bedrijfsactiviteiten waarvoor zij omzet invulden in de toelichting op de resultatenrekening (som der bedrijfsomzet uitgesplitst per typering bedrijfsactiviteiten).

De conclusies van deze analyses zijn te vinden in §2.1. In Figuur 19 staat een overzicht van de combinaties van concerntyperingen die voorkomen en hoe vaak.

				Zorgaanbieder (WTZi)										Veilig thuis	Ambulance voorziening	Domein jeugd		
					MSZ													
			Aantal (en %) zorg-aanbieders met twee concern-typeringen	Gehandicaptenzorg	UMC	Algemeen ziekenhuis	Categoraal ziekenhuis	ZBC	Revalidatiecentrum	GGZ	VVT	Kraamzorg	Forensische zorg			Jeugdhulpaanbieder	Gecertificeerde instelling	Justitiële jeugdinstelling
Zorgaanbieder (WTZi)		Gehandicaptenzorg	395 (69%)		0%	0%	1%	0%	0%	20%	12%	0%	11%	0%	0%	52%	1%	0%
	MSZ	UMC	6 (67%)	11%		11%	0%	11%	11%	11%	0%	0%	0%	0%	0%	33%	0%	0%
		Algemeen ziekenhuis	30 (41%)	0%	1%		5%	7%	0%	12%	15%	1%	0%	0%	0%	16%	0%	0%
		Categoraal ziekenhuis	11 (39%)	18%	0%	14%		4%	7%	0%	0%	4%	0%	0%	0%	4%	0%	0%
		ZBC	25 (7%)	0%	0%	1%	0%		1%	3%	2%	0%	0%	0%	0%	2%	0%	0%
		Revalidatiecentrum	13 (39%)	6%	3%	0%	6%	6%		3%	18%	0%	0%	0%	0%	9%	0%	0%
		GGZ	461 (63%)	16%	0%	1%	0%	1%	0%		7%	0%	11%	0%	0%	49%	0%	0%
		VVT	206 (15%)	5%	0%	1%	0%	0%	0%	4%		1%	2%	0%	0%	10%	0%	0%
		Kraamzorg	9 (69%)	0%	0%	8%	8%	8%	0%	8%	54%		0%	0%	0%	31%	0%	0%
		Forensische zorg	136 (86%)	39%	0%	0%	0%	1%	0%	52%	15%	0%		1%	0%	59%	0%	2%
Veilig thuis			10 (38%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	8%	0%	0%	4%		12%	4%	15%	0%
Ambulance voorziening			3 (15%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	15%		0%	0%	0%
Domein jeugd		Jeugdhulpaanbieder	722 (32%)	13%	0%	1%	0%	0%	0%	16%	6%	0%	4%	0%	0%		0%	0%
		Gecertificeerde instelling	20 (67%)	10%	0%	0%	0%	0%	0%	3%	7%	0%	0%	13%	0%	37%		0%
		Justitiële jeugdinstelling	6 (86%)	29%	0%	0%	0%	0%	0%	43%	14%	0%	43%	0%	0%	71%	0%	

Figuur 19 Combinaties van categorieën voor concerntypering in 2020. Slechts een aantal combinaties komen regelmatig voor, met name de combinatie met jeugdhulpaanbieder komt vaak voor.

In Tabel 15 staan de resultaten van de controle voor 2020 of de ingevulde concerntypering (bedrijfsactiviteiten) voor zorgaanbieders (WTZi) overeenkwam met de bedrijfsactiviteiten waarvoor zij omzet invulden in de toelichting op de resultatenrekening (som der bedrijfsomzet uitgesplitst per typering bedrijfsactiviteiten). Indien een zorgaanbieder omzet groter dan nul heeft voor een bedrijfsactiviteit, is de concerntypering ok als desbetreffende bedrijfsactiviteit inderdaad is aangevinkt. Indien dit niet het geval is, is de concerntypering niet ok.

Tabel 15 Nagenoeg alle zorgaanbieders (WTZi) selecteerden de concerntypering (bedrijfsactiviteiten) waarvoor zij omzet invulden in de toelichting op de resultatenrekening

Bedrijfsactiviteit	Zorgaanbieders (WTZi) met omzet >0	% OK	% niet OK
Medisch specialistische zorg	322	99,7%	0,3%
Geestelijke gezondheidszorg	393	95,7%	4,3%
Verpleging, verzorging, wijkverpleging	828	100%	-
Kraamzorg	10	100%	-
Forensische zorg	112	100%	-

Datakwaliteit van 'type verantwoording'

Zorgaanbieders geven in de basisvragenlijst aan of zij voldoen aan de eisen voor vereenvoudigde verantwoording. Een zorgaanbieder mag vereenvoudigd verantwoorden als deze op twee achtereenvolgende balansdata, zonder onderbreking nadien op twee opeenvolgende balansdata, voldoet aan twee van de drie onderstaande criteria:

1. de waarde van de activa volgens de balans met toelichting bedraagt, op de grondslag van de verkrijgings- en vervaardigingsprijs, niet meer dan € 350.000;
2. de netto-omzet over het verslagjaar bedraagt niet meer dan € 700.000;
3. het gemiddeld aantal werknemers over het verslagjaar bedraagt minder dan 10 fte.

Voor 2020 controleerden we of een zorgaanbieder op basis van de andere datavelden in JMV voldeed aan tenminste twee van de drie eisen voor vereenvoudigde verantwoording:

- Voor criterium 1 hanteerden we de kolom "Totaal activa - Bedrag in euro's per einde verslagjaar"
- Voor criterium 2 hanteerden we de kolom "Totaal bedrijfsopbrengsten - Bedrag in euro's per einde verslagjaar"
- Voor criterium 3 hanteerden we de kolom "Personeel in loondienst incl. leerlingen BBL - Aantal fte's op 31 december van verslagjaar" plus de helft van het verschil tussen de instroom en uitstroom in fte over het verslagjaar met als resultaat het gemiddeld aantal werknemers (in fte)

De conclusies van deze analyses zijn te vinden in §2.1. Tabel 16 geeft het aantal zorgaanbieders dat onterecht vereenvoudigd verantwoordde. Figuur 20 geeft het aandeel zorgaanbieders dat onterecht vereenvoudigd verantwoordde per concerntypering.

Tabel 16 In totaal geven 142 (6%) van de 2.573 zorgaanbieders in JMV-gegevens van 2020 onterecht aan in verslagjaar 2020 aan minimaal twee van de drie eisen voor vereenvoudigd verantwoorden te voldoen

2.573 zorgaanbieders gaven in 2020 aan in 2020 aan minimaal twee van de drie eisen te voldoen

- 45 (2%) zorgaanbieders voldeden op basis van de gegevens aan geen van de drie eisen
- 76 (3%) zorgaanbieders voldeden op basis van de gegevens aan één van de drie eisen
- Voor 21 (0,8%) zorgaanbieders ontbraken gegevens voor de controle van minstens een van de drie eisen, maar voldeden op basis van de resterende twee niet
- Voor 5 (0,2%) zorgaanbieders ontbraken gegevens voor de controle van minstens twee van de drie gegevens, maar voldeden op basis van de resterende eis niet

Activa	<= 350.000 > 350.000 Leeg	2.033 zorgaanbieders 510 zorgaanbieders 30 zorgaanbieders	€ 0,1 miljoen € 1,9 miljoen N.v.t.
Omzet	<= 700.000 > 700.000 Leeg	2.257 zorgaanbieders 286 zorgaanbieders 30 zorgaanbieders	€ 0,2 miljoen € 4,2 miljoen N.v.t.
Personeel (totaal fte – (instroom fte - & uitstroom fte)/2	<= 10 > 10 Leeg	1.702 zorgaanbieders 88 zorgaanbieders 783 zorgaanbieders	2 werknemers (fte) 95 werknemers (fte) N.v.t.

	Zorgaanbieder (WTZi)										Veilig thuis	Ambulance voorziening	Domein jeugd		
	Gehandicaptenzorg	UMC	Algemeen ziekenhuis	Categoraal ziekenhuis	ZBC	Revalidatiecentrum	GGZ	VVT	Kraamzorg	Forensische zorg			Jeugdhulpaanbieder	Gecertificeerde instelling	Justitiële jeugdinstelling
Totaal van de zorgaanbieders die o.b.v. de data aan minder dan 2 van de 3 eisen voldeed	15	-	1	-	13	1	20	50	-	-	-	-	67	-	1
Totaal aantal zorgaanbieders dat aangaf aan 2 van de 3 eisen te voldoen	230	-	3	2	208	6	318	688	-	24	-	-	1.384	-	1
Aandeel	7%	0%	33%	0%	6%	17%	6%	7%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	100%

Figuur 20 Voor de meeste concerntypering categorieën geeft tussen de 5 en 7% van de zorgaanbieders in 2020 onterecht aan in dat jaar aan 2 van de 3 eisen voor vereenvoudigd verantwoorden te voldoen

Datakwaliteit van 'rechtsvorm'

In de vragenlijst hoofdentiteit selecteert de zorgaanbieder de rechtsvorm van de hoofdentiteit (publieksrechtelijke rechtspersoon, eenmanszaak, etc.). Om de datakwaliteit van rechtsvorm te onderzoeken vergeleken we de rechtsvorm ingevuld in JMV met de rechtsvorm bekend bij KvK in 2022. De conclusies van deze analyses zijn te vinden in §2.3.

Uitbestedingen

In de vragenlijst hoofdentiteit geeft de zorgaanbieder aan of in het verslagjaar zorg of jeugdhulp is uitbesteed aan derden of aan een dochteronderneming. Indien de zorgaanbieder deze vraag met "Ja" beantwoordt wordt gevraagd hoeveel kosten met de uitbesteding gemoeid waren, met onderscheid naar 10 categorieën (0-10% van de totale omzet, 10-20% ..., etc.). Deze categoriale variabele vormt de indicator "% Uitbestedingen" in het JMV-dashboard. De zorgaanbieder rapporteert daarnaast aan welke zorgaanbieder(s) deze zorg of jeugdhulp is uitbesteed. Dezelfde vragen beantwoordt de zorgaanbieder voor de zorg die de zorgaanbieder heeft verleend als onderaannemer. Toelichting over de uitgevoerde analyses op de datakwaliteit en de uitkomsten zijn te vinden in §2.2.

Financiële & personele gegevens – vergelijking JMV-gegevens en jaarrekening

We vergeleken JMV-gegevens met de jaarrekening separaat voor micro en grote zorgaanbieders voor iedere categorie concerntypering op basis van 5 selectiecriteria:

1. Hoogste omzet
2. Hoogste absolute stijging van de omzet
3. Laagste gemiddeld aantal fte per euro omzet (waarbij zowel omzet al fte>0)
4. Laagste gemiddeld aantal cliënten per euro omzet (waarbij zowel omzet als cliënten>0)
5. Hoogste gemiddeld aantal cliënten per fte (waarbij zowel cliënten als fte >0)

Deze selectie resulteerde in een overzicht van 100 zorgaanbieders, waarvan 60 unieke zorgaanbieders. Voor deze 60 zorgaanbieders vergeleken we de gegevens gebruikt voor indicatoren in het JMV-dashboard (Figuur 21). De conclusies van deze analyses zijn te vinden in §2.4.

Variabele	JMV=Jaarrekening (afwijking <=5%)	Niet in JMV en jaarrekening	Geen controle mogelijk	JMV<>Jaarrekening (afwijking >5%)	Verklaring(en)
Omzet	55	0	2	3	Verschil in meegenomen posten (1x) Vermoedelijke fout JMV (2x)
Omzet voorgaand jaar	55	1	2	2	Onterecht niet/nul ingevuld in JMV (1x) Geen verklaring (1x)
Netto resultaat	53	0	2	5	Vermoedelijke fout JMV (2x) Geen verklaring gevonden (2x) Verschil in meegenomen posten (1x)
Vlottende activa	53	0	1	6	Verschil in meegenomen posten (4x) Geen verklaring gevonden (2x)
Kortlopende schulden	58	0	1	1	Onterecht niet/nul ingevuld in JMV (1x)
Eigen vermogen	56	2	1	1	Onterecht niet/nul ingevuld in JMV (1x)
Overige bedrijfsopbrengsten	37	21	2	0	
Personeelskosten	50	5	2	3	Verschil in meegenomen posten (1x) Geen verklaring gevonden (2x)
Personeel (fte)	26	6	13	15	Onterecht niet/nul ingevuld in JMV (1x) Verschil verklaard door afronding (2x) Geen verklaring gevonden (8x) Verschil in meegenomen posten (4x)

Figuur 21 Uit de vergelijking tussen de JMV-gegevens en de jaarrekening blijkt dat zorgaanbieders de financiële gegevens in JMV over het algemeen zeer accuraat invullen, bij de gegevens omtrent personeel worden vaker afwijkingen gevonden

Financiële & personele gegevens – consistentie JMV-gegevens

We voerden een tiental checks uit op de consistentie van de JMV-gegevens, voor een overzicht van alle checks verwijzen we naar §2.4. Uit de checks blijkt dat voor 2,7% van de zorgaanbieders geen enkele check kon worden uitgevoerd. Om na te gaan of deze zorgaanbieders onterecht geen gegevens invulden in DigiMV, gingen we verklaringen hiervoor na. Voor de 121 zorgaanbieders (2,7%) waarvoor geen checks mogelijk waren vonden we de volgende verklaringen:

- 35 zorgaanbieders selecteerden "Ja" op de vraag "Uw toelating en verleende zorg - Is aan de zorginstelling in het verslagjaar 2020 een WTZi toelating verleend en is gedurende deze periode geen zorg verleend waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet namens de instelling?"
- 55 zorgaanbieders selecteerden "Ja" op de vraag "Uw toelating en verleende zorg - Heeft uw zorginstelling eerder dan verslagjaar 2020 een toelating gekregen en in het gehele verslagjaar 2020 - 365 dagen - geen zorg verleend waarop aanspraak bestaat ingevolge artikel 3.1.1 van de Wet langdurige zorg of ingevolge een zorgverzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, van de Zorgverzekeringswet?"
- 9 zorgaanbieders voldeden niet aan voorgenoemde 2 criteria, maar gaven in de opmerkingen wel aan (nog) niet actief te zijn, niet meer actief te zijn, of geen WTZi-zorg verleend te hebben.
- 3 zorgaanbieders hebben alleen aard van activiteiten buitenlandvervoer aangevinkt en hoeven daarom maar zeer beperkt te verantwoorden.
- 2 zorgaanbieders (beide boerderijen) geven aan dat de zorg slechts een zeer kleine tak is, uitgevoerd door vrijwilligers.
- 2 zorgaanbieders hebben een deel van de gegevens ingevuld, en hebben zeer beperkte omzet (minder dan €2.500)
- 15 zorgaanbieders vullen JMV **onterecht niet in**, 13 daarvan hebben wel een jaarrekening gedeponeerd (in veel gevallen verwijzen ze hier in de opmerkingen ook naar), voor 2 zorgaanbieders is dit niet het geval. Van de 13 zorgaanbieders die wel een jaarrekening deponeerden hebben 6 een relatief beperkte omzet (<€75.000), de overige zorgaanbieders hebben een omzet tussen de €130.000 en 55 miljoen.

Bijlage 4: Resultaten analyses afkapwaarden en grenswaarden

We bepaalden voor iedere indicator, met uitzondering van de indicator voor het % uitbestedingen, de nieuwe afkapwaarden op basis van de methodiek beschreven in §3.2. Tabel 17 geeft de resultaten. Tabel 18 geeft inzicht in het percentage zorgaanbieders met waarden buiten de afkapwaarden voor de huidige afkapwaarden en de nieuwe afkapwaarden. Deze percentages zijn bepaalde ten opzichte van het totaal van 63 failliete zorgaanbieder en 4.717 niet failliete zorgaanbieders respectievelijk.

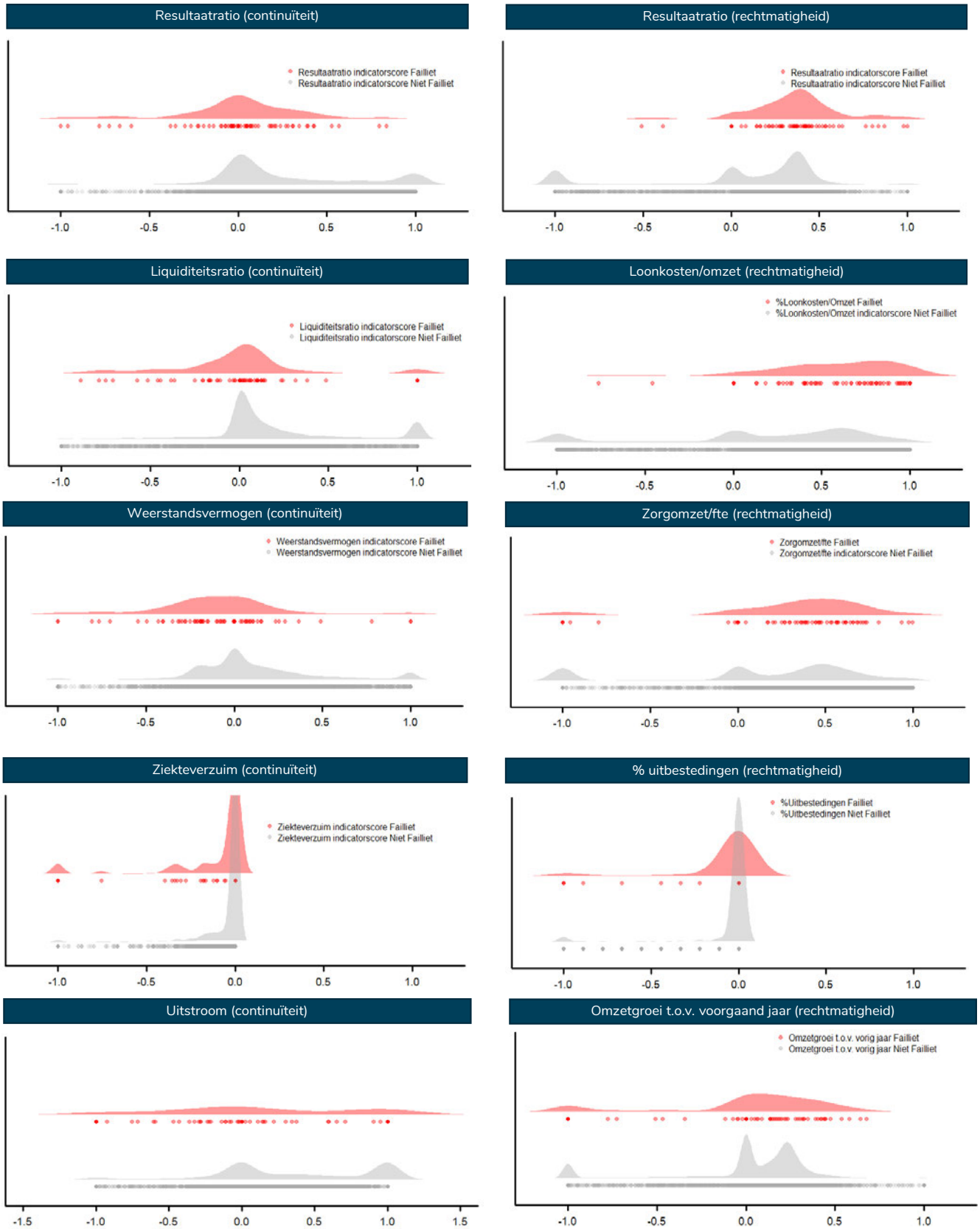
Tabel 17 De nieuwe methodiek voor het vaststellen van de afkapwaarden resulteert in 2020 voor nagenoeg alle indicatoren in een ruimer bereik

Dimensie(s)	Indicator	Huidige afkapwaarde		Nieuwe afkapwaarde	
		Onder	Boven	Onder	Boven
Beide	Resultaatratio	-50	50	-117	148
Continuïteit	Liquiditeitsratio	0	10	-34	44
Continuïteit	Weerstandsvermogen	-50	100	-732	806
Continuïteit	Ziekteverzuim	0	20	0	17
Continuïteit	% Uitstroom	0	75	0	64
Rechtmatigheid	% Personeelskosten van omzet	0	100	-117	148
Rechtmatigheid	Zorgomzet per fte	0	200.000	0	451.800
Rechtmatigheid	Groei omzet	-100	100	-45	145

Tabel 18 In 2020 leidt een verruiming van de afkapwaarden voor de meeste indicatoren met name tot een lager percentage zorgaanbieders met afgekapte waarden die niet failliet gingen

Dimensie(s)	Indicator	% zorgaanbieders afgekapt Huidige afkapwaarde		% zorgaanbieders afgekapt Nieuwe afkapwaarde	
		Failliet	Niet failliet	Failliet	Niet failliet
Beide	Resultaatratio	1,6	14,3	1,6	1,3
Continuïteit	Liquiditeitsratio	6,3	12,8	3,2	5,4
Continuïteit	Weerstandsvermogen	6,3	6,7	1,6	0,7
Continuïteit	Ziekteverzuim	4,8	0,7	6,3	1,2
Continuïteit	% Uitstroom	7,9	3,3	9,5	4,2
Rechtmatigheid	% Personeelskosten van omzet	6,3	1,8	1,6	0,5
Rechtmatigheid	Zorgomzet per fte	6,3	16,1	0,0	0,6
Rechtmatigheid	Groei omzet	11,1	8,1	11,1	7,8

Figuur 22 In de vergelijking tussen de verdeling van indicatorscores voor failliete zorgaanbieders en niet failliete zorgaanbieders zijn geen duidelijke patronen te herkennen.



Bijlage 5: Long list indicatoren en beoordeling

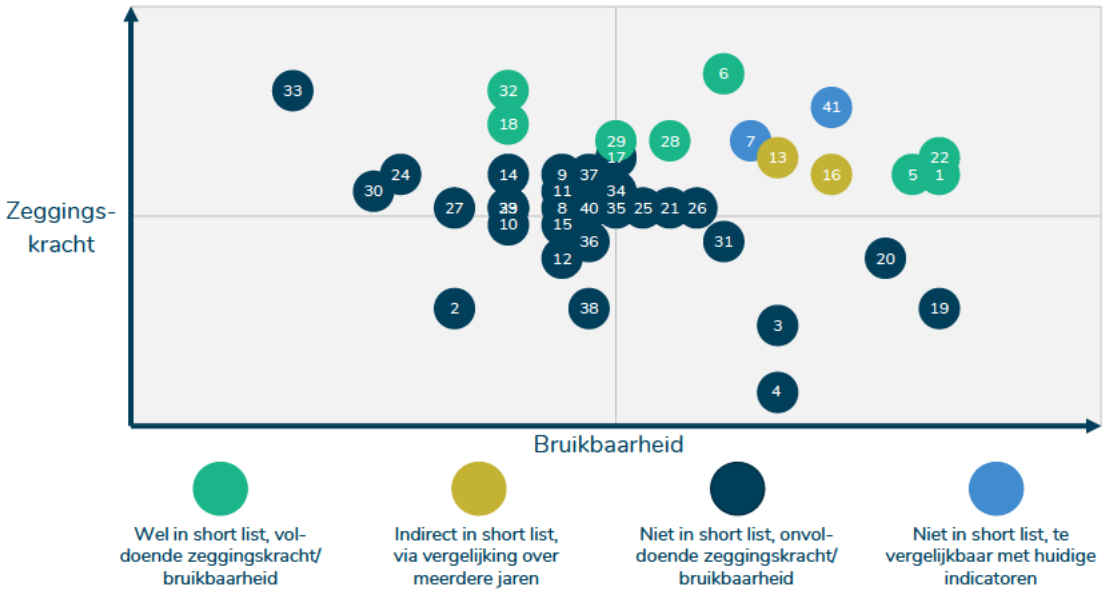
We onderzochten een short list met 41 mogelijke indicatoren ter uitbreiding van het JMV-dashboard. Voor alle indicatoren maakten we een kwalitatieve inschatting van de bruikbaarheid en zeggingskracht, aan de hand van interviews, een enquête en deskresearch. Zowel voor de inschatting van de bruikbaarheid als de zeggingskracht scoorden we onderliggende aspecten tussen de 1 en de 5. Waarbij 1 het minst bruikbaar is en 5 het meest bruikbaar. Voor het vaststellen van de bruikbaarheid beoordeelden we:

- De volledigheid van de gegevens voor een indicator
- De betrouwbaarheid van de gegevens voor een indicator
- De eenvoud van de implementatie van een indicator

Voor het vaststellen van de zeggingskracht beoordeelden we:

- De mogelijkheden voor het ontwijken van slechte scores
- De zeggingskracht op het gebied van continuïteit
- De zeggingskracht op het gebied van rechtmatigheid

Samen met de begeleidingscommissie selecteerden we indicatoren van de long list met de meeste zeggingskracht en bruikbaarheid, om tot een short list te komen. De indicatoren die direct of indirect zijn opgenomen in de short list zijn aangegeven in het groen en in het geel in Figuur 23. Voor twee indicatoren op de long list is samen met de begeleidingscommissie besloten dat ze te vergelijkbaar zijn met de huidige indicatoren, de overige indicatoren zijn niet opgenomen in de short list omdat ze onvoldoende bruikbaar zijn of onvoldoende zeggingskracht hebben. Tabel 19 geeft een overzicht van alle indicatoren in de long list.



Figuur 23 De indicatoren met de hoogste ingeschatte zeggingskracht en bruikbaarheid namen we op in de short list

Tabel 19 De inventarisatie naar mogelijke uitbreiding van indicatoren in het JMV-model resulteerde in een long list van 41 indicatoren

Nr	Categorie	Wat?	Totaalscore bruikbaarheid	Totaalscore zeggingskracht
1	Algemene gegevens	Datum van indienen JMV/jaarverslag	5,0	3,0
2	Algemene gegevens	Verandering concerncode bij gelijkblijvend adres	2,0	1,4
3	Algemene gegevens	Toelatingsvergunning	4,0	1,2
4	Algemene gegevens	AGB-code (ZIN gecontracteerd ja/nee)	4,0	0,4
5	Organisatiestructuur	Wijziging van rechtsvorm	4,8	3,0
6	Organisatiestructuur	Risico's in organisatiestructuur/concernrelaties	3,7	4,2
7	Financiële gegevens	Solvabiliteit: eigen vermogen/totaal vermogen	3,8	3,4
8	Financiële gegevens	Gouden balans-regel)	2,7	2,6
9	Financiële gegevens	Vorderingen debiteuren/omzet	2,7	3,0
10	Financiële gegevens	Leningen/ lease (bank & omvang)	2,3	2,4
11	Financiële gegevens	Dividenduitkering (/resultaatbestemming)	2,7	2,8
12	Financiële gegevens	Overige bedrijfskosten	2,7	2,0
13	Financiële gegevens	Omzetgroei	4,0	3,2
14	Financiële gegevens	Ontwikkeling eigen vermogen	2,3	3,0
15	Financiële gegevens	Omzet per financieringsstroom	2,7	2,4
16	Financiële gegevens	Winstgroei	4,3	3,0
17	Financiële gegevens	Incidentele hoge winst	3,0	3,2
18	Financiële gegevens	Investeringen vs. vastgoed	2,3	3,6
19	Financiële gegevens	Omzet	5,0	1,4
20	Financiële gegevens	Personeelskosten	4,7	2,0
21	Financiële gegevens	WNT gegevens	3,3	2,6
22	Governance	Wel/geen accountantsverklaring	5,0	3,2
23	Governance	Voldoen aan governancecodeaanbiesd principes, maar niet aan onderliggende governance indica-toren	2,3	2,6
24	Governance	Fusie/reorganisatie	1,7	3,0
25	Overig	Meldingen IGJ	3,2	2,6
26	Overig	IKZ Signalen	3,5	2,6
27	Overig	Gemeentelijke signalen	2,0	2,6
28	Overig	HKZ-certificaat	3,3	3,4
29	Overig	Declaraties per zorgaanbieder vs. jaarrekening	3,0	3,4
30	Overig	Reviews van ZorgkaartNederland	1,5	2,8
31	Overig	Ontbrekende waarnemingen bij risico indicatoren	3,7	2,2
32	Patiënten en cliënten	Aantal cliënten	2,3	4,0
33	Patiënten en cliënten	Aantal cliënten per financieringsvorm	1,0	4,0
34	Personeel	Inhuur t.o.v. totale personeel- en inhuurkosten	3,0	2,8
35	Personeel	% niet cliëntgebonden personeel t.o.v. totaal	3,0	2,6
36	Personeel	Instroom personeel	2,8	2,2
37	Personeel	Verloop personeel	2,8	3,0
38	Personeel	Aantal Fte	2,8	1,4
39	Personeel	Verandering % inhuurkosten	2,3	2,6
40	Personeel	% fte's (Cliëntgebonden en overig)	2,8	2,6
41	Personeel	Loonkosten per fte	4,3	3,8

Rapport
Frauderisico's in de dagbesteding en begeleiding

ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 4
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector dagbesteding en begeleiding ... 5
   2.1 Afbakening van het begrip dagbesteding en begeleiding ... 5
   2.2 Kengetallen sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in dagbesteding en begeleiding ... 9
   3.1 Omvang ... 9
   3.2 Aard ... 10
   3.3 Frequentie en impact ... 12
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de dagbesteding en begeleiding ... 14
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het frauderisico ... 14
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico ... 17
5. Conclusie ... 19

Bijlage ... 22

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot zorgbrede risico analyse (ZBRA) uitgevoerd door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd of deze onderdeel moeten worden van dit onderzoek naar risico's en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. Dagbesteding en begeleiding is één van deze sectoren, omdat er op basis van casuïstiek hoge risico's worden ervaren.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de dagbesteding en begeleiding de aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht, zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

[1] Onze partners zijn: NZa, VNG, CIZ, Inspectie SZW, OM, IGJ, ZN, Belastingdienst en FIOD.

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kernmerken van de sector dagbesteding en begeleiding

1. Wat is de definitie van dagbesteding en begeleiding? Welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengentallen van de sector, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op dagbesteding en begeleiding?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op de dagbesteding en begeleiding?

Aard, omvang en ernst van fraude in de dagbesteding en begeleiding

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de dagbesteding en begeleiding?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van fraude in de dagbesteding en begeleiding?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de dagbesteding en begeleiding

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de dagbesteding en begeleiding, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de dagbesteding en begeleiding [2]?

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is er deskresearch gedaan naar de sector dagbesteding en begeleiding, naar o.a. kengetallen en de regelgeving van de sector.
- Daarna is er een expertgroep georganiseerd met de VNG, een grote gemeente en de SVB waarin fraudevormen in de sector zijn besproken en knelpunten zijn benoemd die frauderisico's in de dagbesteding en begeleiding kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over de sector dagbesteding en begeleiding die bij kunnen dragen aan het frauderisico.
- Deze hypothesen zijn in een vragenlijst voorgelegd aan zorgverzekeraars en gemeenten om te toetsen of deze bevestigd worden. Tegelijkertijd is informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019 en 2020 over de dagbesteding en begeleiding zijn ontvangen. In totaal is de vragenlijst door 42 vertegenwoordigers van (één of meer) gemeenten ingevuld en door 5 vertegenwoordigers van zorgverzekeraars.[3]

[3] De vragenlijst is soms ingevuld door regio's die meerdere gemeenten betreffen, daardoor is het aantal exacte aantal vertegenwoordigde gemeenten onbekend. De vragenlijst is zowel ingevuld door gemeenten die zijn aangesloten bij het IKZ als door niet-aangesloten gemeenten.

2. Kenmerken van de sector dagbesteding en begeleiding

In dit hoofdstuk wordt behandeld wat we verstaan onder de sector dagbesteding en begeleiding. Daarnaast benoemen we de belangrijkste kenmerken van de sector. Vervolgens behandelen we de regelgeving die van toepassing is op toetredende zorgaanbieders in de dagbesteding en begeleiding. Zo beantwoorden we vragen als hoe het toezicht in de sector is geregeld.

2.1 Afbakening van het begrip dagbesteding en begeleiding

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[4], beperken we ons het met het begrip dagbesteding en begeleiding tot de volgende definitie:

Dagbesteding: *Activiteiten die zowel residentieel als ambulant kunnen zijn en een recreatief of arbeidsmatig karakter hebben. Kan zowel gefinancierd worden uit de Wmo als uit de Wlz.*

Begeleiding individueel en groep:

Vanuit de Wmo: activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven.

Vanuit de Wlz (alleen begeleiding individueel): activiteiten waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven.

Begeleiding kan vanuit de Wmo of de Wlz worden geleverd. Bij Wmo gaat het om cliënten die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven of participatie (vaak met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen). Wlz-cliënten hebben permanent toezicht nodig of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Wlz-begeleiding en dagbesteding kan geleverd worden vanuit een volledig pakket thuis (vpt, alle zorg thuis geleverd door één zorgverlener), een modulair pakket thuis (mpt, zorg thuis geleverd door meerdere zorgverleners) of een persoonsgebonden budget (pgb).

Zorg die *niet* onder het begrip dagbesteding en begeleiding valt en dus geen deel uitmaakt van dit onderzoek, is zorg binnen de muren van een instelling (deze zorg valt onder het begrip gehandicaptenzorg of verpleeghuiszorg), Wlz geclusterd vpt (vergelijkbaar met institutionele Wlz-zorg) en dagbesteding en begeleiding specifiek gericht op kinderen (dit valt onder het begrip jeugdhulp).[5]

2.2 Kengetallen sector

Aanbieders

Het exacte aantal zorgaanbieders in de sectoren dagbesteding, begeleiding groep en individueel is niet bekend. Zorgaanbieders zijn divers omdat ze vaak niet alleen dagbesteding of begeleiding aanbieden. Voor dagbesteding kunnen cliënten bijvoorbeeld terecht bij zorgboerderijen, stadstuinen, sociale werkbedrijven, sociale ondernemingen of welzijnsorganisaties. Als deze zorg middels een pgb wordt geleverd, kunnen ook informele zorgverleners worden benut.

Voor eerder IKZ-onderzoek, is er bij het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa), informatie opgevraagd over de aantallen zorginstellingen die actief zijn in de

[4] Zie bijlage.

[5] Er staat in de bovenstaande definitie van dagbesteding dat deze residentieel kan zijn, echter is er in begrippenkader voor gekozen, zoals in de toelichting op de afbakening vermeld, dat institutionele zorg buiten de scope van het begrip dagbesteding valt.

extramurale gehandicaptenzorg (vaak dagbesteding en begeleiding). Deze zoekopdracht leverde meer dan 7200 zorgaanbieders op. Dit is ongetwijfeld een onderschatting van het aantal zorgverleners, enerzijds omdat begeleiding en dagbesteding ook aan andere doelgroepen dan gehandicapten wordt geboden en ook omdat aanbieders van deze zorg niet op uniforme wijze zijn geregistreerd (ze kunnen ook onder een andere aanduiding in de registratie zijn opgenomen).

Cliënten

Veel verschillende (doel)groepen maken gebruik van vormen van dagbesteding en begeleiding, zoals ouderen, mensen met fysieke, verstandelijke of autistische beperking en mensen met GGZ of verslavingsproblematiek. Uit CBS cijfers blijkt dat in de eerste helft van 2020 175.607 cliënten begeleiding en 67.013 cliënten dagbesteding uit de Wmo kregen.[6] Het is niet bekend hoeveel cliënten zowel begeleiding als dagbesteding vanuit de Wmo ontvingen. In totaal komt het aantal cliënten dat dagbesteding en begeleiding vanuit de Wmo ontving op maximaal 242.620 personen.

Hoewel er geen aparte cijfers zijn over dagbesteding en begeleiding vanuit de Wlz, zijn er wel cijfers bekend over hoeveel cliënten gebruik maken van ambulante Wlz-zorg (dus buiten een instelling). De meeste van deze cliënten zullen dagbesteding of begeleiding krijgen, maar sommige zullen alleen verpleging of verzorging krijgen. Wlz-zorg thuis, middels een vpt of mpt, werd in 2019 ontvangen door 13.215 mensen met een vpt en 41.380 mensen met een mpt.[7] Van de personen met een Wlz-pgb, 45.200 in 2019, ontving ongeveer 94% begeleiding individueel.[8]

In totaal maken maximaal ongeveer 350.000 cliënten (242.620 Wmo en 100.000 Wlz) gebruik van dagbesteding en/of begeleiding.

Financiële omvang

De financiële omvang van de sector dagbesteding en begeleiding is niet bekend. Er worden geen aparte cijfers bijgehouden over uitgaven aan begeleiding of dagbesteding binnen de Wmo en Wlz.

Gecontracteerde zorgaanbieders

Er zijn geen openbare gegevens over het aantal gecontracteerde aanbieders van dagbesteding en begeleiding. Gemeenten en zorgkantoren weten vanzelfsprekend welke aanbieders zij hebben gecontracteerd, maar hier is geen landelijk totaaloverzicht van beschikbaar. Het totaal aantal aanbieders dat door gemeenten is gecontracteerd is eveneens bekend bij het Inlichtingenbureau, maar vooralsnog niet beschikbaar voor IKZ onderzoek.

2.3 Kenmerken van de sector

Toegang voor zorgaanbieders

Afhankelijk van vanuit welke wetgeving zorgaanbieders dagbesteding of begeleiding aanbieden, zijn verschillende instanties verantwoordelijk voor het verlenen van toegang voor zorgaanbieders tot gecontracteerde zorg.

Voor dagbesteding of begeleiding vanuit de Wmo is de gemeente verantwoordelijk. De gemeente zorgt ervoor dat er voldoende zorg ingekocht wordt voor de cliënten. Als een zorgaanbieder een contract heeft met de

[6] Waarstaatjegemeente.nl – uitsplitsing van Wmo-voorzieningen, via https://www.waarstaatjegemeente.nl/Jive?cat_open_code=c&presel_code=gmsd_h2_10&geoitem=gemeente_1680, selectie gebied Nederland

[7] Website Monitor Langdurige Zorg, via https://www.monitorlangdurigezorg.nl/kerncijfers/gebruik/gebruik-wlz-zorg-in-natura

[8] CBS Statline, personen met een pgb; functie, https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40034NED/table?dl=42B29

gemeente wordt de zorg geleverd via zorg in natura (ZiN). Tevens heeft de cliënt de mogelijkheid om zelf dagbesteding of begeleiding in te kopen die onder de Wmo valt, dan wordt de zorg geleverd via een pgb.

De kwaliteitseisen voor de Wmo-zorg liggen volgens de wet bij de gemeente. Er zijn geen algemene kwaliteitseisen vastgesteld. Vanuit de kwaliteitswet zorginstellingen vloeit wel voort dat de personen die beroepsmatig in contact komen met cliënten een verklaring omtrent gedrag (VOG) moeten kunnen overleggen.[9] De opleidingseisen voor het leveren van dagbesteding en begeleiding zijn niet wettelijk geregeld, dit wordt voor de Wmo vastgelegd in de aanbestedingsprocedures van de gemeenten. In deze aanbestedingen kan er bijvoorbeeld ook inzicht worden gevraagd in de organisatiestructuur van de zorgaanbieder.

Als een zorgaanbieder Wlz-zorg wil leveren, moet er een vanuit de Wet Toelating Zorginstellingen (Wtzi) een toelating worden afgegeven door het ministerie van VWS. Hiervoor gelden verschillende eisen, voor onder andere structuur en financiële administratie, zoals jaarverantwoording. Als er maar één persoon zorg verleent bij de zorgaanbieder, de zorgaanbieder alleen vanuit een pgb wordt betaald of alleen als onderaannemer zorg verleent, hoeft er geen Wtzi toelating worden afgegeven. Daarnaast moet de zorgaanbieder vanuit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), zich vergewissen van het functioneren van de zorgverleners in het verleden. Zo geldt dat er voor nieuwe medewerkers in de Wlz-zorg een VOG (Verklaring Omtrent Gedrag) moet worden opgevraagd.

Daarnaast kan, bij Wlz-zorg, het zorgkantoor aanvullende eisen stellen bij de inkoop van de zorg. De zorgkantoren stellen onder andere als vereiste dat de zorgaanbieder een ondernemingsplan overlegt en informatie levert over de inrichting van de organisatie, zoals de toezichthoudende organen. Begeleiding en dagbesteding via de Wlz kan ook worden ingekocht met een pgb. Dit pgb dient dan aangevraagd te worden via het zorgkantoor. In principe kunnen zorgkantoren geen eisen stellen aan pgb zorgaanbieders, voor gemeenten is er wel beleidsvrijheid om dit te doen.

Toegang voor cliënten en indicatiestelling

Dagbesteding vanuit de Wmo wordt in toenemende mate aangeboden als laagdrempelige, algemene voorziening waarbij de aanbieder gesubsidieerd wordt of inschrijft op aanbesteding van gemeenten. Hiervan kunnen mensen, ook met ernstige problematiek, zonder indicatie gebruik maken.[10] Naast dergelijke algemene voorzieningen, waarvoor geen indicatie nodig is, worden er door gemeentes ook maatwerkvoorzieningen aangeboden, waarvoor wel een indicatie nodig is. Welke voorzieningen algemeen zijn en welke maatwerkvoorzieningen kan verschillen tussen gemeenten. Individuele begeleiding is echter altijd een maatwerkvoorziening.

Per gemeente kan de toegang tot dagbesteding en begeleiding vanuit de Wmo verschillen. Zo is in de gemeente Amsterdam niet gekozen voor een centrale toegangsplek, maar kan er worden doorverwezen naar dagbesteding door zorg- en hulpverleners in de wijken. Dit kan een huisarts zijn, maar ook een maatschappelijk werker of een begeleider.[11] Voor toegang tot de dagbesteding en begeleiding via de Wmo is de gemeente altijd verantwoordelijk, maar de instantie die toegang verleent kan per gemeente verschillen.

[9] VNG, Handreiking kwaliteitscriteria jeugdhulp en maatschappelijke ondersteuning voor inkoop, maart 2020

[10] Movisie, Factsheet dagbesteding, beschikbaar via https://www.movisie.nl/sites/movisie.nl/files/2020-04/Factsheet-dagbesteding.pdf

[11] Rekenkamer Metropool Amsterdam, Toegang tot ambulante ondersteuning en dagbesteding, oktober 2019, beschikbaar via https://publicaties.rekenkamer.amsterdam.nl/toegang-tot-ambulante-ondersteuning-en-dagbestedingonderzoeksrapport/index.html

Voor dagbesteding of begeleiding vanuit de Wlz, wordt de indicatiestelling gedaan door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Op basis van documentatie van de arts of behandelaar van de cliënt wordt er gekeken of er aanspraak gemaakt kan worden op zorg onder de Wlz. Als er recht is op Wlz zorg, stelt het CIZ vast welk zorgprofiel van toepassing is op de cliënt in het indicatiebesluit. In dit zorgprofiel wordt de zorgbehoefte van de cliënt beschreven. Begeleiding en dagbesteding kunnen onder elk zorgprofiel vallen.

Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

Er zijn verschillende vormen van dagbesteding en begeleiding die geleverd worden door zorgaanbieders. Voor dagbesteding kan bijvoorbeeld een onderscheid worden gemaakt naar dagbesteding gericht op ontwikkeling en uitstroom naar betaald werk of gericht op zinvolle dagbesteding en participatie.[12] Bij dagbesteding of begeleiding vanuit de Wmo, betreft het cliënten die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven of participatie in de maatschappij. Het verschil tussen begeleiding groep en dagbesteding binnen de Wmo, zit vooral in de primaire doelen. Dagbesteding richt zicht op zinvolle besteding van de dag en begeleiding heeft meer een therapeutisch/ondersteunend doel.

Zorg vanuit de Wlz betreft cliënten die permanent toezicht nodig hebben of 24 uurs zorg in de nabijheid. Bij Wlz begeleiding komt dit erop neer dat de begeleiding ondersteuning biedt bij het aanbrengen van structuur. Als individuele begeleiding niet voldoende zorg biedt kan er ook dagbesteding vanuit de Wlz worden aangeboden om de dagen bijvoorbeeld een vaste structuur te geven.

Dagbesteding of begeleiding in de Wmo en Wlz via een pgb kan verder formeel (door een zorgaanbieder) of informeel (door bijvoorbeeld een familielid) geleverd worden. De maximale tarieven voor formele zorgverleners liggen hoger dan de maximale tarieven voor informele zorgverleners.

Registeren en declareren van zorg

Dagbesteding en begeleiding vanuit de Wmo wordt geregeld door de gemeenten. In het contract tussen de gemeente en de zorgaanbieder staan de afspraken over vergoedingen en tarieven. Voor de Wlz zijn de beleidsregels voor bekostiging van dagbesteding en begeleiding vanuit een vpt en een mpt opgesteld door de NZa. Deze beleidsregels beschrijven de prestaties die kunnen worden gedeclareerd en de maximale tarieven. Zo is er onderscheid naar de vorm van dagbesteding (licht, midden of zwaar), wat afhangt van zowel het zorgzwaartepakket van de cliënt als de aard van de dagbestedingsactiviteiten.[13] Zorgkantoren en zorgaanbieders onderhandelen welke prestaties zijn geleverd en tegen welk tarief.

Voor dagbesteding en begeleiding gefinancierd middels het pgb zijn aparte tarieven vastgesteld. Voor een Wmo-pgb wordt het maximaal te vergoeden tarief bepaald door de gemeente. Over het algemeen wordt het maximale zorg in natura tarief gehanteerd, maar gemeenten kunnen een uitzondering maken. Voor een Wlz-pgb geldt een maximum tarief per uur of per dagdeel. Een zorgverlener mag niet meer vergoed krijgen dan dit maximale tarief. De Sociale Verzekeringsbank (SVB) betaalt pgb-zorg uit aan de zorgverlener.[14]

Toezicht

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit van zorg in de dagbesteding en begeleiding vanuit de Wlz. Voor de dagbesteding en begeleiding vanuit de Wmo, houdt de IGJ toezicht op het toezicht vanuit de gemeenten.

[12] Noord en Midden Drenthe, Aanbestedingsdocument dagbesteding, 8 juli 2019

[13] https://www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-zijn-bij-dagbesteding-de-regels-over-het-aantal-begeleiders-per-groep

[14] https://www.pgb.nl/pgb/je-krijgt-een-pgb-wat-nu/wat-mag-je-pgb-zorgverleners-betalen/#:~:text=Gemeenten%20bepalen%20zelf%20de%20maximum,SVB)%20voert%20de%20betalingen%20uit.

De IGJ voert bijvoorbeeld inspecties uit bij mensen die zorg thuis ontvangen of gaat langs bij een instelling die dagbesteding op locatie verzorgt. Welke instelling bezocht wordt, wordt bepaald aan de hand van analyse van diverse informatiebronnen, het zogenaamde risico gestuurd toezicht. Daarnaast kan toezicht ook plaatsvinden op basis van gemelde incidenten. De IGJ heeft vervolgens de mogelijkheid om maatregelen op te leggen als er tekortkomingen worden vastgesteld.

Bij zorg die vanuit een pgb bekostigd wordt, is de budgethouder zelf verantwoordelijk voor toezicht op de zorgaanbieder. Als de kwaliteit van zorg niet voldoet aan de gemaakte afspraken, is het in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de budgethouder om in te grijpen.

Voor zorg vanuit de Wlz zijn zorgkantoren verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet erop toe dat zorgkantoren deze zorgplicht nakomen en kan maatregelen opleggen als dit niet het geval is. Zorgkantoren hebben zelf de taak om te controleren of aanbieders op de juiste manier declareren. Als er een vermoeden is van fraude, kan het zorgkantoor een nader onderzoek uitvoeren naar de zorgaanbieder.

Voor zorg vanuit de Wmo zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de inkoop van voldoende zorg, toezicht op de rechtmatigheid en de kwaliteit van zorg. In bijna 6 op de 10 gemeenten wordt deze toezichthoudende taak uitgevoerd door de GGD. In 15% van de gemeenten wordt het toezicht samen met andere gemeenten gedaan en 7% van de gemeenten voert zelf het toezicht in de Wmo uit.[15] De gemeente kan maatregelen inzetten als de kwaliteit en veiligheid van zorg onvoldoende is, door bijvoorbeeld een verbetertraject met de zorgaanbieders in te zetten, het contract met de zorgaanbieder te ontbinden of aangifte te doen bij het Openbaar Ministerie.

3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in dagbesteding en begeleiding

3.1 Omvang

De onzichtbaarheid van fraude en het feit dat niet alle signalen van fraude worden onderzocht, maakt dat het, net zoals voor andere zorgsectoren, lastig is om uitspraken te doen over de omvang van de fraude in de dagbesteding en begeleiding. Om toch een indicatie te kunnen geven van de omvang van het frauderisico in de sector, hebben we gebruik gemaakt van de signalen die de IKZ partners de afgelopen jaren hebben ingebracht en het aantal signalen dat zorgverzekeraars en gemeenten rapporteren in onze enquêtes.

De fraudesignalen betreffen geen vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de dagbesteding en begeleiding. Daarbij is het mogelijk dat overlap voorkomt tussen de aantallen signalen (hetzelfde signaal kan door meerdere partijen worden geregistreerd en gerapporteerd), het is echter niet bekend hoe groot deze overlap is. De signalen kunnen om deze reden niet bij elkaar opgeteld worden.

Aantal signalen bij het IKZ

Bij het IKZ zijn in 2019 en 2020 in totaal respectievelijk 115 en 119 signalen ingediend over dagbesteding en begeleiding individueel en groep. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude die bij partners bekend zijn, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al dan niet melden bij het IKZ en de criteria hierbij kunnen verschillen. Signalen bij het IKZ betreffen vaak vermoedens van fraude met pgb's, geen kwalificeerde zorgverleners in dienst, samenspanning tussen cliënten en zorgaanbieder en het niet leveren van zorg of het niet leveren van goede zorg.

[15] IGJ, Wmo toezicht 2019, rapport oktober 2020

Aantal signalen bij gemeenten en zorgverzekeraars

Uit de enquêtes blijkt dat in 2019 bij de 42 deelnemende gemeenten in totaal 643 signalen van fraude zijn binnengekomen, zo'n 15 signalen per gemeente. In 2020 waren 704 signalen bij de gemeenten bekend, ongeveer 16,5 signaal per gemeente. Voor de gemeenten is het niet altijd mogelijk om aan te geven of deze signalen specifiek dagbesteding en begeleiding betreffen. Ook betreffen de signalen vermoedens in verschillende stadia, namelijk zowel lichte vermoedens als vermoedens op basis van lopende of afgeronde onderzoeken.

Uit de enquêtes bij zorgverzekeraars blijkt dat in 2019 de vijf deelgenomen zorgverzekeraars 199 signalen hebben ontvangen en 218 in 2020. Van de vijf zorgverzekeraars is er slechts één die een selectie heeft kunnen maken op Wlz-zorg vanuit de pgb, in dit geval betrof het meer dan 100 signalen op jaarbasis. Voor de zorgverzekeraars is het niet altijd mogelijk om aan te geven of deze signalen specifiek dagbesteding en begeleiding betreffen, veelal betreft het hier Wlz-pgb signalen wat voor een groot deel overeenkomt met extramurale gehandicaptenzorg.

Daarnaast maken zorgverzekeraars een onderscheid tussen alle signalen en onderzoekswaardige signalen, waarbij er in de laatste categorie sprake is van een nadrukkelijke overtreding van een regel, waarbij een voordeel wordt verkregen en het vermoeden bestaat dat er bewust is gehandeld. Als enkel onderzoekswaardige signalen over dagbesteding en begeleiding worden ingevuld zijn dit er rond de tien per jaar per zorgverzekeraar.

3.2 Aard

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingebracht zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de dagbesteding en begeleiding. Deze zijn voorgelegd aan expertgroep, nader gespecificeerd en aangevuld. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van voorkomende fraudevormen geleid:

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- De zorgverleners zijn onvoldoende geschoold/gekwalificeerd om zorg te leveren
- Onvoldoende veiligheid
- Meer zorg gedeclareerd dan geleverd
- De dagbesteding voldoet niet aan de normen voor goede zorg
- Samenzwering tussen cliënten en zorgaanbieders
- Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
- Dubbel declareren
- Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is
- Meer zorg indiceren dan dat de cliënt nodig heeft
- Gebrekkig bestuur
- Faillissementsfraude

Deze vormen lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de expertgroep.

De zorgverleners zijn onvoldoende geschoold/gekwalificeerd om zorg te leveren

Dit is een fraudevorm die op verschillende manieren kan voorkomen. Bij sommige fraudesignalen worden bijvoorbeeld stagiaires ingezet om de zorg te verlenen of zorgverleners hebben helemaal geen kwalificaties. Onvoldoende kwalificaties lijken vooral bij specialistische begeleiding voor te komen, waarvoor minimaal een Hbo-diploma vereist is. Deze fraudevorm komt vaak samen met de fraudevorm andere/duurdere gekwalificeerde zorg gedeclareerd dan geleverd.

Onvoldoende veiligheid

Bij sommige signalen zien we dat cliënten onjuist worden bejegend of bedreigd en/of dat de locatie waar de dagbesteding of begeleiding plaatsvindt onveilig is.

Meer zorg gedeclareerd dan geleverd

Het declareren van meer zorg dan dat er door een zorgaanbieder wordt geleverd is een herkenbare fraudevorm voor de experts. Soms declareert een zorgaanbieder meer uren dan dat er op basis van het aantal werknemers kan worden gedeclareerd of dan dat er op basis van de geldige regeling kan worden gedeclareerd.

De dagbesteding voldoet niet aan de normen voor goede zorg

Bij deze fraudesignalen is de kwaliteit van de dagbesteding niet toereikend, zo kunnen cliënten worden ingezet als goedkope arbeidskracht of de dagbesteding bestaat slechts uit koffie drinken.

Samenzwering tussen cliënten en zorgaanbieders

Een voorbeeld van samenzwering tussen cliënten en zorgaanbieders is het aannemen van cadeaus, zoals vakanties, door cliënten die vervolgens geen of onvoldoende zorg krijgen. In sommige gevallen betreft dit cliënten die eigenlijk geen zorg nodig hebben, dan is er ook sprake van oneigenlijke indicaties. In andere gevallen betreft het cliënten die meer zorg nodig hebben dan dat is verleend en zijn de kwetsbare cliënten tevens slachtoffer van deze fraudevorm.

Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd

Deze vorm van fraude komt onder andere voor in combinatie met onvoldoende scholing/kwalificaties. Zo wordt basisbegeleiding gedeclareerd als specialistische begeleiding. Gemeentes geven ook aan dat ze zien dat er individuele begeleiding wordt gedeclareerd terwijl er groepsbegeleiding is geleverd.

Dubbel declareren

Bij dubbel declareren is er bijvoorbeeld sprake van het declareren van dezelfde zorg uit verschillende financieringsstromen, zoals vanuit de Wmo en Wlz. [16] De SVB, die zowel pgb's uit de Wmo als Wlz uitkeert, herkent dit probleem.

Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is

Deze vorm van fraude hangt vaak samen met niet voldoen aan de juiste normen voor goede zorg. Er wordt bijvoorbeeld dagbesteding gedeclareerd, terwijl cliënten worden gebruikt om betaald werk (zoals werken in de groenvoorziening) te verrichten. Daarnaast zijn er ook signalen van het declareren van dagbesteding en/of begeleiding die in het geheel niet heeft plaatsgevonden.

Meer zorg indiceren dan dat de cliënt nodig heeft

Er worden indicaties voor te veel of te zware zorg afgegeven, terwijl dit voor de cliënt niet nodig is.

Ondeugdelijk bestuur

Het IKZ krijgt signalen van instellingen waarbij sprake is van ongewenste zaken die we scharen onder noemer 'ondeugdelijk bestuur'. Voorbeelden zijn dat er geen raad van toezicht is, of dat er winsten worden weggesluisd. Er is dan sprake van onvoldoende transparantie over de kwaliteit en rechtmatigheid van de zorg.

De leden van de expertgroep geven aan dat hier voorbeelden van bekend zijn. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat hoge winsten niet per definitie hoeft te betekenen dat er iets onrechtmatigs aan de hand is. Het kan ook zijn dat de zorgaanbieder zich richt op relatief minder zorgbehoevende patiënten en daardoor goede winst kan maken. Als er een analyse wordt gedaan op verdachte zorgaanbieders wordt er vaak gekeken naar de verhouding tussen de omzet en de personeelskosten.

[16] Sinds 1 juli 2020 kunnen gemeenten gebruik maken van het product Wlz signalen van het Inlichtingenbureau. Middels dit systeem krijgen gemeenten automatisch een signaal als een inwoner die een Wmo beschikking heeft een Wlz indicatie krijgt.

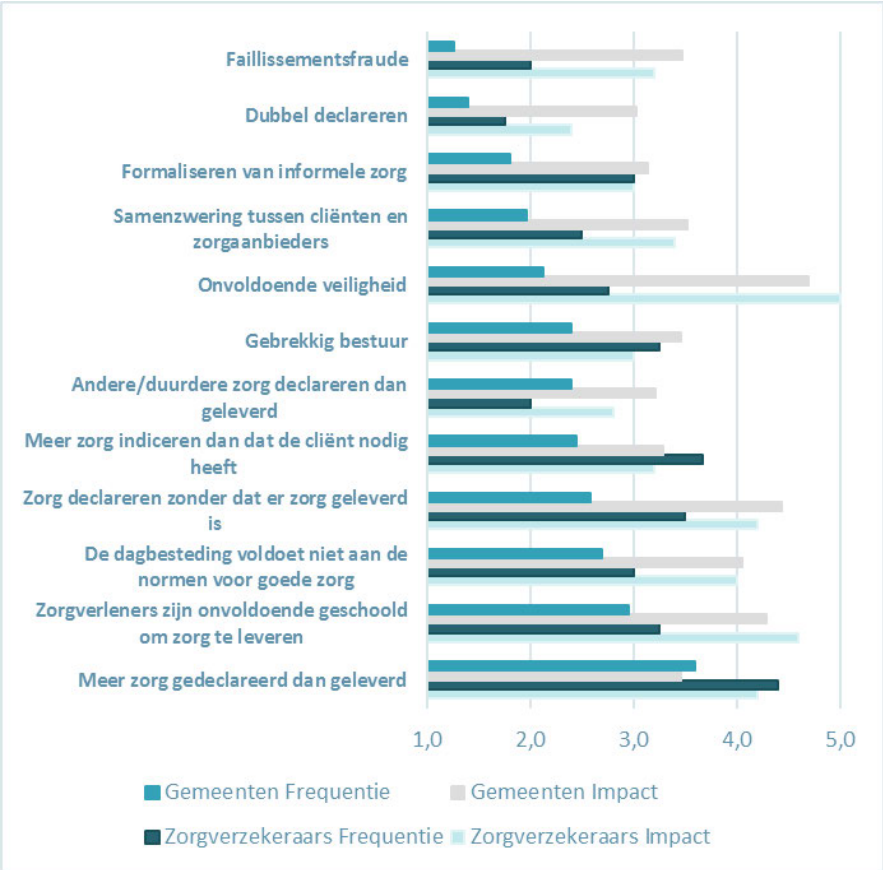
Faillissementsfraude

Tot slot zien we bij dagbesteding en begeleiding voorbeelden van aanbieders die, terwijl een onderzoek naar fraude loopt, (vermoedelijk opzettelijk) failliet gaan. Vervolgens kan de onderneming onder een nieuwe naam opnieuw starten en onder de radar blijven.

3.3 Frequentie en impact

Aan de zorgverzekeraars en gemeenten is gevraagd in welke mate de bovengenoemde fraudevormen voorkomen in hun signalen over dagbesteding en begeleiding. Ook is per fraudevorm gevraagd hoe men de impact voor de cliënt, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van de fraudevorm, inschat. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5.[17] De scores van de frequentie en impact van de fraudevormen zijn te zien in figuur 1.

Figuur 1. *Frequentie en impact van fraudevormen in de dagbesteding en begeleiding volgens gemeenten en zorgverzekeraars*



[17] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt vrijwel nooit voor' en score 5 voor 'dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.

De volgende fraudevormen komen volgens zorgverzekeraars het vaakst voor in fraudesignalen:

- Meer zorg gedeclareerd dan geleverd
- Meer zorg indiceren dan dat de cliënt nodig heeft
- Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is
- Zorgverleners zijn onvoldoende geschoold om zorg te leveren
- Gebrekkig bestuur
- Dagbesteding voldoet niet aan de normen voor goede zorg

De gemeenten zien deze fraudevormen, met uitzondering van gebrekkig bestuur en meer zorg indiceren dan dat de cliënt nodig heeft, ook het meest. Fraudevormen die weinig voorkomen volgens zowel de zorgverzekeraars als de gemeenten zijn faillissementsfraude en dubbel declareren.

De fraudevormen met de meeste impact voor de cliënten zijn, volgens zowel de gemeenten als de zorgverzekeraars, onvoldoende veiligheid, zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is en onvoldoende geschoolde zorgverleners.

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om de frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 1 zijn de fraudevormen met ofwel een hoge frequentie ofwel een hoge impact (score 3 of hoger) weergegeven, zowel volgens de zorgverzekeraars als volgens de gemeenten.

Tabel 1. *Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact*

	Frequentie	Impact voor cliënt
Volgens zorgverzekeraars		
Meer zorg declareren dan geleverd	-/-	++
Zorgverleners zijn onvoldoende geschoold	-/-	++
Dagbesteding voldoet niet aan normen voor goede zorg	+	++
Zorg declareren zonder dat er zorg is geleverd	-/-	++
Meer zorg indiceren dan dat nodig is	-/-	+
Gebrekkig bestuur	-/-	+
Onvoldoende veiligheid	-/-	++
Samenzwering tussen cliënten en zorgaanbieders	-/-	+
Faillissementsfraude	-/-	+
Volgens gemeenten		
Meer zorg declareren dan geleverd	-/-	++
Zorgverleners zijn onvoldoende geschoold	-/-	++
Dagbesteding voldoet niet aan normen voor goede zorg	+/-	++
Zorg declareren zonder dat er zorg is geleverd	-/-	++
Meer zorg indiceren dan dat nodig is	-/-	+
Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd	-/-	+
Gebrekkig bestuur	-/-	++
Onvoldoende veiligheid	-/-	++
Samenzwering tussen cliënten en zorgaanbieders	-/-	++
Dubbel declareren	-/-	+
Faillissementsfraude	-/-	++

++ = 3,5 of hoger; + = 3 tot 3,5; +/- = 2,5 tot 3; - = 2 tot 2,5; – = 2 of lager

Voor de meerderheid van de fraudevormen in de dagbesteding en begeleiding wordt de impact voor de cliënt door zowel de gemeenten als de zorgverzekeraars hoog ingeschat. Dit benadrukt de ernst van zorgfraude bij deze kwetsbare cliëntengroep in dagbesteding en begeleiding.

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de dagbesteding en begeleiding

In hoofdstuk 3 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in het proces van zorgverlening in de sector dagbesteding en begeleiding:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen zijn hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan frauderisico's. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken die mogelijk bijdragen aan het frauderisico.

Het vervolg van dit hoofdstuk benoemt allereerst deze kenmerken, en de input die de expertgroep hierop heeft geleverd, om vervolgens aan de hand van het oordeel van de experts, gemeenten en zorgverzekeraars in te gaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdrage leveren aan het frauderisico in de sector dagbesteding en begeleiding.

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

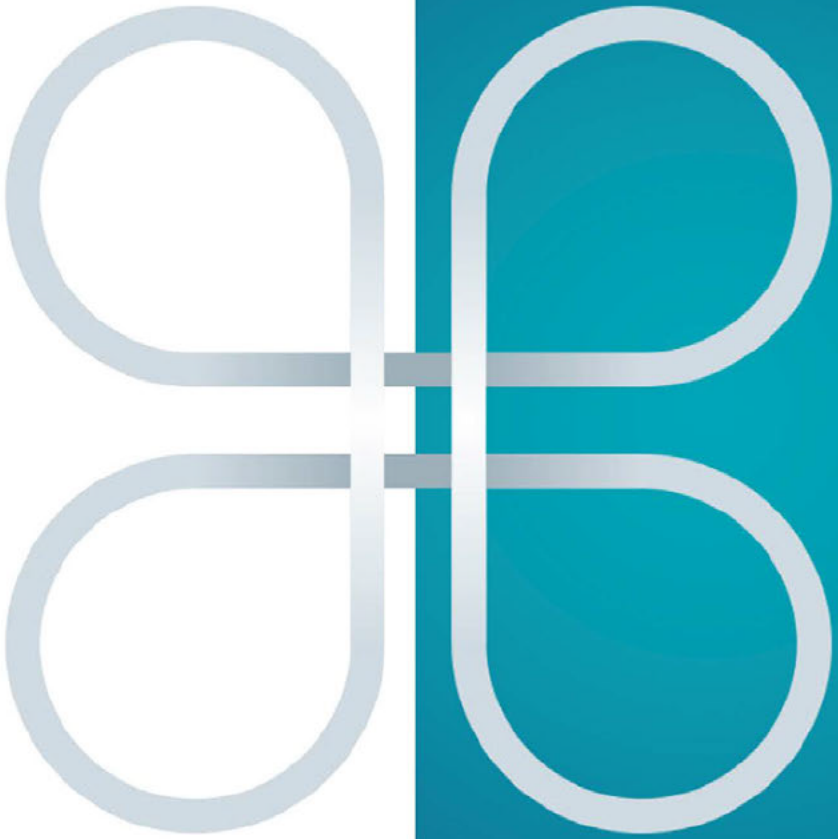
Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de dagbesteding en begeleiding is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Begeleiding groep	Activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1**	Begeleiding groep wordt gefinancierd vanuit de Wmo. Voor Wmo-ondersteuning in groepsverband kan ook het begrip Dagbesteding van toepassing zijn. Het verschil tussen beide begrippen zit er vooral in dat begeleiding een therapeutisch/ondersteunend doel dient, terwijl dagbesteding primair gericht is op zinvolle besteding van de dag. Voor zorg en ondersteuning in groepsverband vanuit de Wlz is het begrip Begeleiding groep niet van toepassing. Zie hiervoor het begrip Dagbesteding. Begeleiding van kinderen valt onder Jeugdhulp.	Wettelijk kader: Wmo Kenmerken patiënten/cliënten: Personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven en/of participatie. Zorgverleners: divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

Begeleiding individueel	Begeleiding vanuit de Wmo: activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie van de cliënt opdat hij zo lang mogelijk in zijn eigen leefomgeving kan blijven. **Bron: Wmo, artikel 1.1.1** Begeleiding vanuit de Wlz: activiteiten waarmee een persoon wordt ondersteund bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven. **Bron: Wlz, artikel 1.1.1**	Begeleiding kan gefinancierd worden vanuit de Wmo of vanuit de Wlz. Beide wetten bevatten een omschrijving, die erin verschilt dat de Wmo de nadruk legt op het bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie, en de Wlz op ondersteuning en aanbrengen van structuur en regie. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet het begrip Begeleiding gebruikt, maar de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz. Begeleiding van kinderen valt onder Jeugdhulp.	Wettelijk kader: Wmo of Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: - (bij Wmo-indicatie) personen met een beperking of met chronische psychische of psychosociale problemen, die ondersteuning nodig hebben bij zelfstandig leven en/of participatie; - (bij Wlz-indicatie)) personen die vanwege een ziekte, een aandoening, een stoornis of beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zorgverleners: divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.
Dagbesteding	Onder dagbesteding vallen activiteiten die zowel residentieel als ambulant kunnen zijn en een recreatief of arbeidsmatig karakter hebben. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn (bewerkt)**	Dagbesteding kan gefinancierd worden uit de Wmo of uit de Wlz. Bij institutionele Wlz-zorg (instellingszorg en situaties die daarop lijken, zoals geclusterd vpt) wordt niet het begrip Dagbesteding gebruikt, maar dienen de begrippen Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz te worden gebruikt. Dagbesteding voor kinderen valt onder het begrip Jeugdhulp.	Wettelijk kader: Wmo of Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: - (bij Wmo-indicatie) personen die vanwege een ziekte, beperking of hoge leeftijd professionele dagbesteding nodig hebben - (bij Wlz-indicatie) personen die vanwege een ziekte, een aandoening, een stoornis of beperking een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zorgverleners: Divers. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.



ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

8.

Rapport
Frauderisico's in de farmacie

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 3
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector farmacie ... 4
   2.1 Afbakening van het begrip farmacie ... 4
   2.2 Kengetallen sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de farmacie ... 7
   3.1 Omvang ... 7
   3.2 Aard ... 9
   3.3 Impact van de verschillende fraudevormen ... 11
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de farmacie ... 12
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het frauderisico ... 12
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico ... 15
5. Conclusie ... 16

Bijlage ... 20

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot zorgbrede risicoanalyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd of deze onderdeel moeten worden van dit onderzoek naar risico's, en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. Farmacie is één van deze sectoren, omdat nog weinig bekend is over de aard en de omvang van zorgfraude in deze sector.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de farmacie de aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht, zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

1.4 Onderzoeksvragen

[1] Onze partners zijn: NZa, VNG, CIZ, Inspectie SZW en OM, IGJ, ZN, Belastingdienst en FIOD.

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kernmerken van de sector farmacie

1. Wat is de definitie van farmacie? Welke onderdelen vallen eronder?
2. Wat is er bekend over de kengetallen van de sector, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op dagbesteding en begeleiding?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op de farmacie?

Aard, omvang en ernst van fraude in de farmacie

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in farmacie?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van fraude in de farmacie?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de farmacie

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de farmacie, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de farmacie [2]?

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is er deskresearch gedaan naar farmacie, naar o.a. kengetallen en de regelgeving van de sector.
- Daarna is er een expertgroep georganiseerd met de IGJ, het OM en twee zorgverzekeraars, waarin fraudevormen in de sector zijn besproken en knelpunten zijn benoemd die frauderisico's in de farmacie kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over de farmaceutische sector die kunnen bijdragen aan het frauderisico.
- Deze hypothesen zijn in een vragenlijst voorgelegd aan zorgverzekeraars[3] om te testen of deze bevestigd worden. Tegelijkertijd is informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die zorgverzekeraars in 2019 en 2020 over de farmacie hebben ontvangen.

2. Kenmerken van de sector farmacie

2.1 Afbakening van het begrip farmacie

Conform het begrippenkader dat door het IKZ en haar partners is vastgesteld[4], is farmacie als volgt gedefinieerd:

> Farmaceutische zorg omvat terhandstelling, of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, van (nader omschreven) geneesmiddelen.

Deze zorg wordt vergoed vanuit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Hoewel volgens het begrippenkader de distributieketen, de stappen die een geneesmiddel aflegt van de fabrikant tot aan de apotheek, niet onder het begrip

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

[3] Voorgelegd aan acht zorgverzekeraars, zeven zorgverzekeraars hebben de enquête ingevuld.

[4] Zie bijlage.

farmacie valt, willen we graag de distributieketen meenemen in dit onderzoek om een zo breed mogelijk beeld van de frauderisico's in de sector te krijgen.

Farmaceutische zorg die *niet* onder het begrip farmacie valt en dus geen deel uitmaakt van dit onderzoek, is farmaceutische zorg binnen de muren van een instelling (conform het begrippenkader valt deze zorg onder medisch specialistische zorg of intramurale Wlz-zorg).

We nemen in dit onderzoek ook illegale praktijken mee die raken aan de legale (distributie)keten, bijvoorbeeld het illegaal verhandelen van geneesmiddelen die afkomstig zijn uit het legale circuit[5] of het verkopen van illegale middelen door legale aanbieders zoals apothekers. De mogelijke varianten zien er systematisch als volgt uit[6]:

			Product	
			Legaal	Illegaal
Aanbieder	Legaal	Apotheek of vergunninghouder		
	Illegaal	Onbevoegde aanbieder		

Er zijn dus vier mogelijkheden: naast het groene legale kwadrant waarbij legale producten worden verstrekt door legale aanbieders zijn de andere kwadranten die aan het legale circuit raken, dus de illegale aanbieders die legale producten aanbieden en de legale aanbieders die illegale producten aanbieden.[7] Deze twee oranje kwadraten zullen meegenomen worden in het onderzoek. Het laatste kwadrant de illegale middelen die door illegale aanbieders wordt verhandeld, zal buiten beschouwing worden gelaten. Dit valt niet onder zorgfraude, omdat deze praktijken niet raken aan de legale keten. We zullen hier wel kort bij stil staan in de paragrafen 3.1 en 3.3 van het rapport.

2.2 Kengetallen sector

Aanbieders

Nederland telde per 1 januari 2020 2.000 openbare apotheken. 88% van de openbare apotheken is verbonden aan een keten of een formule. Daarnaast zijn er ongeveer 350 apotheekhoudende huisartsen in Nederland. Gemiddeld verstrekte een openbare apotheek in 2019 aan 7.300 gebruikers 110.000 keer een geneesmiddel ten laste van het basispakket.[8]

Fabrikanten en groothandelaren van geneesmiddelen

Naast apotheken en apotheekhoudende huisartsen, waar de geneesmiddelen worden uitgegeven aan de consument, zijn er nog andere actoren actief binnen de distributieketen, namelijk fabrikanten en groothandelaren van geneesmiddelen. Een groothandelsvergunning is vereist voor het inkopen van geneesmiddelen binnen de Europese Economische Ruimte (EER), ofwel de EU plus Noorwegen, Liechtenstein en IJsland. Voor het inkopen van geneesmiddelen van buiten de EER

[5] Geneesmiddelen die op een legale manier, binnen de erkende distributieketen, geproduceerd zijn
[6] Op basis van informatie van de IGJ
[7] Cijfers over de illegale geneesmiddelenhandel zijn bv. te vinden in "Een bittere pil" uit 2018 van Bureau Beke.

[8] Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), Data en feiten 2020, Het jaar 2019 in cijfers.

is een fabrikantenvergunning vereist.[9] Momenteel zijn er in Nederland 340 fabrikantenvergunningen en 419 groothandelsvergunningen verleend.[10]

Contracteringsgraad

Bijna alle zorgverzekeraars contracteren alle 2.000 openbare apotheken. De inkoop van apotheekzorg verloopt veelal via een collectief, meer dan 90% van de contracten met zorgverzekeraars zijn afgesloten door een collectief van zorgaanbieders. De apotheekhoudende huisartsenpraktijken zijn minder vaak gecontracteerd. Van de ongeveer 350 apotheekhoudende huisartsen, contracteren zorgverzekeraars gemiddeld ruim 55%. Per zorgverzekeraar loopt dat echter uiteen van minder dan 25% tot 100%, afhankelijk van de mate waarin de verzekeraar regionaal of landelijk werkt.[11]

Financiële omvang

Via de openbare apotheken werd er in 2019 €4.520 miljoen farmaceutische zorg geleverd die binnen de basiszorgverzekering viel.[12]

2.3 Kenmerken van de sector

Toegang voor zorgaanbieders

Allereerst dient een zorgaanbieder zich in te schrijven in het Handelsregister van de Kamer van Koophandel (KvK). Voor een inschrijving in de KvK is een Burger Service Nummer (BSN) nodig. De inschrijving in de KvK is nodig om een AGB-code voor de onderneming aan te vragen. Deze AGB-code is noodzakelijk voor alle (formele) zorgaanbieders om, onder andere, zorg te kunnen declareren.

Voor fabrikanten en groothandels is geen AGB code nodig. Deze dienen via Farmatec, onderdeel van het CIBG, een fabrikantenvergunning en/of groothandelsvergunning aan te vragen. De vergunningen hebben verschillende vereisten. Zo moet een bedrijf voor een groothandelsvergunning bijvoorbeeld een gekwalificeerd persoon aanstellen en de inrichting van de opslag moet voldoen aan specifieke eisen.

Om als individuele zorgverlener zorg te kunnen declareren is een persoonlijke AGB-code nodig. Om een persoonlijke AGB-code te verkrijgen hebben apothekers een registratie nodig op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Deze BIG-registratie kan via het CIBG aangevraagd worden op basis van vakdiploma's.

Toegang voor cliënten en indicatiestelling

Cliënten dienen voor de meeste geneesmiddelen een recept te hebben. Meestal begint farmaceutische zorg bij bezoek aan een huisarts of een specialist in het ziekenhuis. De arts stelt aan de hand van de klachten van de patiënt een diagnose en overlegt met de patiënt wat de beste aanpak of behandeling is. Omvat dit een geneesmiddel dan schrijft de arts een recept voor.

Tachtig procent van alle recepten voor geneesmiddelen die de openbare apotheker verstrekt, is afkomstig van de huisarts. 17 procent komt van een medisch specialist, vooral internisten en psychiaters. De overige 3 procent is afkomstig van andere zorgverleners zoals tandartsen, verpleegkundig specialisten en artsen op de spoedeisende hulp.[13]

Het recept van de arts wordt bij de apotheek gecontroleerd op juistheid. De apotheker heeft de mogelijkheid om af te wijken van het recept.

Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

[9] IGJ, 2019, Vragen over de GDP richtsnoer en groothandelsvergunning
[10] Website EudraGMP, http://eudragmp.ema.europa.eu per mei 2021
[11] SKF, Data en feiten 2020
[12] De ArgumentenFabriek, Zo werkt de geneesmiddelenzorg, november 2019
[13] SKF, Data en feiten 2020

Naast het controleren van de juistheid van het recept, heeft de apotheker nog een aantal andere taken. Zo dienen ze onder andere te controleren of het voorgeschreven geneesmiddel veilig gebruikt kan worden met de eventuele andere geneesmiddelen die de patiënt gebruikt. Ook dient de apotheker de patiënt te informeren over het gebruik van het geneesmiddel.

Registeren en declareren van zorg

Voor het declareren van farmaceutische zorg zijn beleidsregels opgesteld door de NZa. De NZa stelt regels op voor welke prestaties er wanneer gedeclareerd mogen worden, maar stelt geen tarieven vast.[14] Er zijn 13 prestatiebeschrijvingen vastgesteld, zoals terhandstelling van geneesmiddelen of het periodiek beoordelen van chronisch medicatiegebruik, deze prestaties komen bovenop de prijs van de geneesmiddelen. Acht prestaties vallen onder de basisverzekering.[15] Zorgverzekeraars en apotheken onderhandelen vervolgens over de tarieven van de prestaties en de prijzen van geneesmiddelen. Door de fabrikant van het geneesmiddelen wordt een apotheek-inkoopprijs (AIP) vastgesteld waar apothekers en fabrikanten over onderhandelen. Vervolgens onderhandelen zorgverzekeraars en apothekers weer over de declaratieprijzen van geneesmiddelen. Deze contracten tussen zorgverzekeraars en apotheken worden vaak afgesloten door collectieven van zorgaanbieders.

Toezicht

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op medicatieveiligheid (zoals de kwaliteit van geneesmiddelen en het juiste gebruik van geneesmiddelen) en stelt het kwaliteitskader vast voor het toetsen van de kwaliteit van de geneesmiddelenzorg. Hieronder valt ook het toezicht op de gehele keten van geneesmiddelenvoorziening, van begin tot eind. Op basis van de Geneesmiddelenwet kan de IGJ medicijnen terughalen, in beslag nemen en/of de verkoop al dan niet tijdelijk verbieden. De IGJ kan bestuurlijke boetes opleggen en kan eventueel een apotheek sluiten. De IGJ houdt ook toezicht op de apotheken en op het verantwoord voorschrijven en veilig gebruik van geneesmiddelen door zorgprofessionals.

Verder zijn het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en het Europees Medicijn Agentschap (EMA) verantwoordelijk voor de beoordeling, registratie en risicobewaking van geneesmiddelen voor menselijk gebruik.

De NZa houdt toezicht op de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van geneesmiddelenzorg voor cliënten. Ook ziet de NZa erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan hun zorgplicht (toegankelijkheid van zorg) en dat de nota voor de cliënt transparant is.

Zorgverzekeraars zien erop toe dat de declaraties van zorgaanbieders rechtmatig zijn. Indien er signalen zijn van mogelijke fraude door een zorgaanbieder, kan dit leiden tot nader onderzoek door de zorgverzekeraar.

3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de farmacie

3.1 Omvang

De onzichtbaarheid van fraude en het feit dat niet alle signalen van fraude worden onderzocht, maakt dat het, net zoals voor andere zorgsectoren, lastig is om uitspraken te doen over de omvang van de fraude in de farmacie. Om toch een indicatie te kunnen geven van de omvang van het frauderisico in de farmacie, hebben we gebruik gemaakt van de signalen die de IKZ partners de afgelopen jaren hebben ingebracht, het aantal signalen dat zorgverzekeraars rapporteren en de omvang van de vastgestelde fraude in de farmacie in de afgelopen jaren. We

[14] https://www.nza.nl/zorgsectoren/farmaceutische-zorg

[15] Zie beleidsregel prestatiebeschrijvingen voor farmaceutische zorg, via https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_279429_22/1/

sluiten deze paragraaf af met informatie over illegale, in beslag genomen geneesmiddelen.

De fraudesignalen betreffen geen vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de farmacie. Daarbij is het mogelijk dat overlap voorkomt tussen de aantallen signalen, het is echter niet bekend hoe groot deze overlap is. De signalen kunnen om deze reden niet bij elkaar opgeteld worden.

Aantal signalen bij het IKZ

Bij het IKZ zijn in 2019 en 2020 in totaal 14 signalen ingediend over de farmacie. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude die bij partners bekend zijn, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al dan niet melden bij het IKZ en de criteria hierbij kunnen verschillen. Bovendien wordt bij het IKZ een beperkter begrip gehanteerd van de sector farmacie dan dat wij in dit onderzoek hanteren, waardoor er ook niet veel signalen binnen het IKZ ingebracht en gedeeld zijn. Bij gebrek aan signalen over de bredere sector nemen we deze beperkte signalen wel mee in het onderzoek.

Signalen bij het IKZ over farmacie zijn gevarieerd, bijna allemaal hebben ze betrekking op andere fraudevormen. Enkele voorbeelden van fraudevormen zijn: het declareren van dezelfde farmaceutische zorg door twee apotheken, prestaties die gedeclareerd zijn maar niet zijn uitgevoerd (bijvoorbeeld een terhandstelling van een geneesmiddel en begeleidingsgesprek bij een geneesmiddel) en zorg die gedeclareerd is bij verzekerden terwijl zij geen farmaceutische zorg hebben gehad.

Aantal signalen bij zorgverzekeraars

Aan de zeven zorgverzekeraars is gevraagd hoeveel signalen van fraude zij hebben ontvangen in 2019 en 2020. Zorgverzekeraars maken een onderscheid tussen alle signalen en onderzoekswaardige signalen, waarbij er in de laatste categorie sprake is van een nadrukkelijke overtreding van een regel, waarbij een voordeel wordt verkregen en het vermoeden bestaat dat er bewust is gehandeld. Het aantal onderzoekswaardige signalen bij de bevraagde zorgverzekeraars over farmacie is minder dan 5 per jaar per zorgverzekeraar. Sommige zorgverzekeraars ontvangen geen signalen over de farmacie.

Aantal signalen bij de IGJ

Bij de IGJ komen signalen over mogelijke fraude binnen bij verschillende teams, waaronder het team Bureau Opsporing en Boetes (BOB), het Landelijk Meldpunt Zorg, uit eigen toezicht trajecten maar ook via partners zoals de Douane en het Functioneel Parket van het OM.

Team BOB participeert jaarlijks in tientallen zaken met betrekking tot illegale handel in geneesmiddelen en werkzame stoffen. Er is bij deze signalen geen onderscheid te maken tussen illegale handel in legale geneesmiddelen (welke binnen de legale distributieketen zijn geproduceerd) en illegale handel in illegale geneesmiddelen. Daarnaast ontvangen zij ook tientallen aangiften in verband met (ver)vals(t)e recepten.

Vastgestelde fraude

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rapporteert jaarlijks over de aantallen vastgestelde fraude door zorgverzekeraars. In 2017 maakte de fraude in de farmacie 11% van de totale fraude in de zorg uit, terwijl in 2018 farmacie niet apart genoemd werd in de rapportage van ZN. In 2019 werd er een grote fraudezaak in de farmacie vastgesteld, waardoor in dat jaar farmacie op de tweede plek stond qua omvang van de fraude in de verschillende sectoren. In dat jaar werd 23,1 miljoen euro aan fraude vastgesteld in de farmaceutische sector, 29% van de totale vastgestelde fraude in 2019.[16]

[16] Zie rapportages resultaten fraudebeheersing Zorgverzekeraars Nederland 2017-2019

Bij het IKZ en de zorgverzekeraars komen minder fraude(signalen) binnen over de farmacie dan bij de IGJ. Dit hangt samen met de aard van de fraudesignalen. Binnen het IKZ en bij de zorgverzekeraars richten de signalen zich voornamelijk op fraude bij de apothekers, terwijl de IGJ toezicht houdt op de hele keten en ook signalen ontvangt over de distributieketen.

Illegale, in beslag genomen, geneesmiddelen

Van de IGJ hebben we informatie ontvangen over de illegale, in beslag genomen, geneesmiddelen in de periode 2015 tot medio 2021. Voor ongeveer de helft bestaan deze uit schaamgeneesmiddelen, zoals libido verhogende geneesmiddelen en afslankmiddelen. Ongeveer een kwart bestaat uit doping gerelateerde geneesmiddelen en het laatste kwart betreft geneesmiddelen die onder de Opiumwet[17] vallen.

Van de geneesmiddelen die in beslag worden genomen, is een kwart een authentiek geneesmiddel dat legaal is geproduceerd voor de Nederlandse markt. Dit gaat voornamelijk om de Opiumwetgeneesmiddelen. Hiervan is meer dan 90% van de onderschepte geneesmiddelen een authentiek geneesmiddel.[18]

3.2 Aard

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingebracht zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de farmacie. Deze zijn voorgelegd aan de expertgroep[19], nader gespecificeerd en aangevuld met andere fraudevormen. We hebben deze fraudevormen geprobeerd in te delen aan de hand van het kwadrant, zoals behandeld in paragraaf 2.1.

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

Legaal product van een legale aanbieder

- Andere en/of meer producten gedeclareerd door de apotheek
- Geneesmiddelen worden gedeclareerd terwijl deze niet zijn opgehaald
- Opknippen van recepten
- Geneesmiddelen worden opgehaald met een vervalst recept

Legaal product van een illegale (onbevoegde) aanbieder

- Geneesmiddelen worden de tegen de (wettelijke) richting in, bv. van apotheek naar groothandel, verkocht
- Groothandel maakt misbruik van handelsvergunning, door buiten de legale keten te verkopen
- Illegale handel in werkzame stoffen door apothekers of groothandelaren
- Internetapotheken bieden vervalste en/of gestolen geneesmiddelen aan
- Meer geneesmiddelen afgegeven dan dat de patiënt nodig heeft, het overschot wordt verkocht op de illegale markt

Deze vormen lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de expertgroep.

Andere en/of meer producten gedeclareerd door de apotheek

[17] Geneesmiddelen die onder de Opiumwet vallen, zijn middelen met verslavende eigenschappen en met bewustzijnsbeïnvloedende effecten bij bestaand of bij te verwachten misbruik. Geneesmiddelen die onder de Opiumwet vallen zijn bijvoorbeeld (zware) pijnstillers zoals morfine (Lijst I) en slaap- en kalmeringsmiddelen (Lijst II).

[18] Op basis van gegevens verstrekt door de IGJ.

[19] Het is belangrijk om rekening te houden met het beperkte zicht op de sector farmacie die sommige deelnemers aan de expertgroep hebben. Zo zien de zorgverzekeraars enkel het einde van de reis van een geneesmiddel, als de apotheker het verstrekt aan de cliënt. Het OM ziet alleen de grote zaken en niet de kleinere fraudevormen waarvoor geen strafrechtelijke vervolging wordt ingezet. De IGJ heeft daarentegen zicht op de gehele distributieketen, van fabrikant tot groothandel, apotheker en cliënt.

Bijvoorbeeld ter hand gestelde preferente geneesmiddelen worden gedeclareerd als niet-preferente geneesmiddelen[20] of er worden meer geneesmiddelen gedeclareerd dan door de cliënt afgenomen.

Geneesmiddelen worden gedeclareerd terwijl deze niet zijn opgehaald

Als een recept door een zorgverlener doorgezet wordt naar de apotheek, wordt er direct een declaratie aangemaakt voor de geneesmiddelen. Vaak worden deze geneesmiddelen direct klaargelegd om afgehaald te kunnen worden, bijvoorbeeld in een automaat waar je geneesmiddelen "uit de muur" kunt halen of bij de apotheek. Als de cliënt vervolgens de geneesmiddelen niet ophaalt, dient deze declaratie gecrediteerd te worden. Bij deze fraudevorm wordt het geneesmiddel niet opgehaald maar wel in rekening gebracht bij de zorgverzekeraar.

Opknippen van recepten

Bijvoorbeeld recepten voor geneesmiddelen met een werkzame stof van 30 mg worden in 3x10 mg uitgegeven om meer kosten in rekening te kunnen brengen. Of recepten die voor meer dan 3 maanden zijn uitgegeven worden opgeknipt om vaker de prestatie terhandstelling in rekening te kunnen brengen.

Geneesmiddelen worden opgehaald met een vervalst recept

De cliënt haalt geneesmiddelen op met een vervalst recept. Hoewel de meeste geneesmiddelen elektronisch worden voorgeschreven en hier minder mee gefraudeerd kan worden, worden er soms nog handgeschreven of gefaxte recepten gebruikt om geneesmiddelen op te halen. In sommige gevallen betreft het een vervalst recept.

Geneesmiddelen worden tegen de tegen de (wettelijke) richting in, bv. van apotheek naar groothandel, verkocht

Een groothandel verkoopt geneesmiddelen door aan het buitenland, nadat een apotheek voorraad, tegen de richting in, heeft verkocht aan de groothandel. Doordat de geneesmiddelen tegen de richting in zijn verkocht, zijn de geneesmiddelen onrechtmatig verkregen. Bij deze fraudevorm gaat het vaak om geneesmiddelen die beperkt verkrijgbaar zijn en/of een hogere prijs hebben in het buitenland.

Groothandelaar maakt misbruik van handelsvergunning, door buiten de legale keten te verkopen

Een bevoegde groothandelaar koopt geneesmiddelen of werkzame stoffen in om te verkopen binnen de legale distributieketen; in plaats daarvan worden de middelen verkocht op de illegale markt. Zie casus in onderstaand kader.[21]

Voorbeeld casus

Bij de doorzoeking van een Rotterdamse woning in 2020 werd een complete 'thuisapotheek' aangetroffen. Het betrof met name Opiumwet-geneesmiddelen, waarvan het overgrote deel uit de legale Nederlandse keten van geneesmiddelenvoorziening kwam. Vaak zaten de geneesmiddelen nog in de groothandelsverpakking. Het ging om meer dan 200.000 stuks medicijnen en meer dan € 100.000 aan cash.

[20] In Nederland is in 2005 een preferentiebeleid ingevoerd door de zorgverzekeraars, waarbij de zorgverzekeraars aangeven welk geneesmiddel (welk label) wordt vergoed vanuit de basisverzekering. Als bijvoorbeeld een patent is verlopen, wordt niet langer het merkgeneesmiddel vergoed, maar het generieke geneesmiddel, met dezelfde werkzame stof, het preferente geneesmiddel.

[21] Op basis van ontvangen gegevens van de IGJ en de website https://www.politie.nl/nieuws/2021/april/8/07-handel-in-medicijnen-leidt-tot-paar-jaar-gevangenisstraf.html

Internetapotheken bieden vervalste geneesmiddelen[22] aan
Via internetapotheken worden vervalste geneesmiddelen aangeboden.

Illegale handel in werkzame stoffen door apothekers of groothandelaren
Werkzame stoffen worden als versnijdingsmiddel of partydrugs aangeboden vanuit de legale distributieketen aan het illegale circuit.

Meer geneesmiddelen afgegeven dan dat de patiënt nodig heeft, het overschot wordt verkocht op de illegale markt
Over het algemeen ontvangen cliënten een bepaalde hoeveelheid geneesmiddelen voor een aantal maanden. Het kan zijn dat de cliënt een keer meer nodig heeft, omdat deze bijvoorbeeld op vakantie gaat. Soms wordt de extra hoeveelheid geneesmiddelen niet door de cliënt zelf gebruikt, maar doorverkocht door de cliënt op de illegale markt.

3.3 Impact van de verschillende fraudevormen

Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact. Wat betreft de financiële impact kunnen we weinig harde conclusies trekken. We weten niet wat de totale financiële omvang van fraude in de farmacie is en daarmee ook niet de financiële impact per afzonderlijke fraudevorm. In het algemeen kunnen we stellen dat als een fraudevorm veel voorkomt, de financiële impact hiervan (op macroniveau) waarschijnlijk groter zal zijn.

In de vragenlijst voor zorgverzekeraars zijn de verschillende fraudevormen, die in overleg met de expertgroep zijn vastgesteld, voorgelegd. Hierbij is de vraag gesteld hoe vaak men deze fraudevorm heeft gezien binnen de eigen fraudesignalen. Ook is per fraudevorm gevraagd hoe men de impact voor de cliënt, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm, inschat. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5.[23]

Hieronder behandelen we de resultaten van de zorgverzekeraars en de mening van de expertgroep met betrekking tot frequentie en impact van de fraudevormen.

Frequentie fraudevormen
Uit de bijeenkomst van de expertgroep en de resultaten van de vragenlijst voor de zorgverzekeraars komt duidelijk naar voren dat de zorgverzekeraars andere vormen van fraude zien dan de (andere) deelnemers aan de expertgroep (het OM en de IGJ). De deelnemers aan de expertgroep en de zorgverzekeraars hebben immers zicht op een ander deel van de sector farmacie. De fraudevormen waar de zorgverzekeraars zicht op hebben, beperken zich tot degene die vallen onder legale producten die aangeboden worden door legale aanbieders.

De fraudevormen die herkend worden door de zorgverzekeraars zijn, van veel naar minder vaak voorkomend: het ophalen van geneesmiddelen met een vervalst recept, het declareren van geneesmiddelen die niet zijn opgehaald en het opknippen van recepten.

[22] Een vervalst geneesmiddel: is een geneesmiddel met een valse voorstelling Van: i) identiteit, waaronder begrepen de verpakking, etikettering, naam, samenstelling van bestanddelen, waaronder begrepen hulpstoffen, of concentratie van bestanddelen; ii) oorsprong, waaronder begrepen fabrikant, land van vervaardiging, land van oorsprong, of houder van de handelsvergunning; of ii) geschiedenis, waaronder begrepen registers of documenten met betrekking tot gebruikte distributiekanalen. Uit: Geneesmiddelenwet Artikel 1.u.1.

[23] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor ‘dit komt vrijwel nooit voor’ en score 5 voor ‘dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen’. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor ‘helemaal niet ernstig’ en score 5 voor ‘zeer ernstig’.

Het OM en de IGJ zien tevens andere fraudevormen binnen de farmacie. Binnen de distributieketen, waar de IGJ toezicht op houdt, zien zij verschillende fraudevormen die vallen onder legale producten die aangeboden worden door illegale (onbevoegde) aanbieders. Een voorbeeld hiervan is het verkopen van geneesmiddelen zonder de vereiste vergunningen. Er is geen informatie bekend over de omvang/frequentie van deze fraudevormen.

Impact fraudevormen

Bijna alle fraudevormen hebben een hoge impact voor de cliënt volgens de zorgverzekeraars. Met name bij het verkopen van vervalste en/of gestolen geneesmiddelen door een internetapotheek, het wel declareren maar niet ophalen van geneesmiddelen, het verkopen van een overschot van geneesmiddelen op de illegale markt en het ophalen van geneesmiddelen met een vervalst recept wordt de impact hoog geacht voor de cliënt. In de expertgroep is benoemd dat de impact van met name fraudevormen waarbij geneesmiddelen op de illegale markt wordt verkocht hoog is voor de cliënt, omdat hierbij de kwaliteit van de geneesmiddelen niet kan worden gegarandeerd. Zelfs al blijken het wel kwalitatieve en originele geneesmiddelen dan kan de impact nog hoog zijn omdat een groep cliënten ongecontroleerd gebruik maakt van verslavende middelen, zoals zware pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen.

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de farmacie

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in het proces van zorgverlening in de sector farmacie:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen zijn hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan frauderisico's. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken die mogelijk bijdragen aan het frauderisico.

Het vervolg van dit hoofdstuk benoemt allereerst deze kenmerken en de input die de expertgroep hierop heeft geleverd, om vervolgens aan de hand van het oordeel van de experts en de zorgverzekeraars in te gaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdrage leveren aan het frauderisico in de sector farmacie.

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de farmacie is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Farmacie	Farmaceutische zorg omvat terhandstelling, of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, van (nader omschreven) geneesmiddelen. **Bron: Besluit Zvw, artikel 2.8**	De wet (Besluit Zvw) maakt een onderscheid naar prestaties voor farmaceutische zorg en geneeskundige zorg. Deze afbakening is bepalend voor welke geneesmiddelen onder farmaceutische of geneeskundige zorg vallen. Indien een geneesmiddel buiten de muren van een instelling (ziekenhuis of Wlz-instelling) wordt toegepast, betreft het een extramuraal geneesmiddel en valt deze onder de aanspraak farmaceutische zorg. Wanneer een geneesmiddel binnen de muren van een instelling wordt toegepast, betreft het een intramuraal geneesmiddel en valt het onder de aanspraak geneeskundige zorg. Voor dit begrippenkader betekent dit dat de extramurale geneesmiddelen onder het begrip Farmacie (= farmaceutische zorg) vallen, en de intramurale geneesmiddelen onder het begrip Medisch specialistische zorg dan wel de begrippen voor Wlz-instellingszorg (Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg of GGZ).	Wettelijk kader: Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: apothekers, apotheekhoudende huisartsen

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Rapport
Frauderisico's in de gehandicaptenzorg

Maart 2022

ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 4
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector gehandicaptenzorg ... 4
   2.1 Afbakening van het begrip gehandicaptenzorg ... 4
   2.2 Kerncijfers sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de gehandicaptenzorg ... 9
   3.1 Omvang ... 9
   3.2 Aard ... 11
   3.3 Impact ... 12
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de gehandicaptenzorg ... 14
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het risico op fraude ... 14
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het risico op fraude ... 18
5. Conclusie ... 20

Bijlage ... 24

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, zorgkantoren, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot Zorgbrede Risico Analyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd welke meegenomen moeten worden in dit vervolgonderzoek naar risico's en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. De gehandicaptenzorg is één van deze sectoren, omdat nog weinig bekend is over fraudeproblematiek in deze sector.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de gehandicaptenzorg aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector gehandicaptenzorg die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht, zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kernmerken van de sector gehandicaptenzorg

1. Wat is de definitie van gehandicaptenzorg en welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengentallen van de gehandicaptenzorgsector, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op de gehandicaptenzorg?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op de gehandicaptenzorg?

Aard, omvang en ernst van fraude in de gehandicaptenzorg

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de gehandicaptenzorg?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van fraude in de gehandicaptenzorg?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de gehandicaptenzorg

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de gehandicaptenzorg, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de gehandicaptenzorg[2]?

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is deskresearch gedaan naar kengetallen en de kenmerken van de sector, zoals de geldende wet- en regelgeving in de gehandicaptenzorg.
- Daarna zijn interviews uitgevoerd met experts waarin fraudevormen in de gehandicaptenzorg zijn besproken en knelpunten zijn benoemd die frauderisico's in de gehandicaptenzorg kunnen veroorzaken. Aan de hand van de interviews zijn hypothesen opgesteld over de sector die kunnen bijdragen aan het frauderisico. Met de volgende partijen zijn interviews gevoerd:
  - CIZ (Afdeling bijzonder onderzoek)
  - NZa (Afdeling toezicht & handhaving)
  - Zorgkantoor Menzis (Afdelingen zorginkoop en fraudebeheersing)
- De fraudevormen en hypothesen zijn hierna in een vragenlijst voorgelegd aan zeven zorgverzekeraars met zorgkantoren om te toetsen of deze bevestigd worden. Daarnaast is via de vragenlijst informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019, 2020 en de eerste helft van 2021 over gehandicaptenzorg zijn ontvangen. Vijf zorgverzekeraars hebben deze vragenlijst ingevuld. Zij vertegenwoordigen ongeveer 60% van de zorgkantoren.

2. Kenmerken van de sector gehandicaptenzorg

2.1 Afbakening van het begrip gehandicaptenzorg

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[3], beperken we ons het met het begrip gehandicaptenzorg tot de volgende definitie:

Gehandicaptenzorg betreft zorg aan en ondersteuning van mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking.

Alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die **intramuraal** in een instelling voor gehandicaptenzorg verblijven of in **een vergelijkbare woonsetting**, zoals geclusterd wonen middels een volledig pakket thuis (vpt) of via een persoonsgebonden budget (pgb), behoort tot gehandicaptenzorg.

Beide vormen (intramurale gehandicaptenzorg en zorg in een vergelijkbare woonsetting) worden in dit onderzoek meegenomen als institutionele gehandicaptenzorg. Als cijfers de gehele sector beslaan spreken we over institutionele gehandicaptenzorg, als het alleen over de intramurale zorg gaat over intramuraal en als het specifiek de zorg in een vergelijkbare woonsetting betreft wordt dat expliciet benoemd.

Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding of dagbesteding. De zorg is gericht op personen die vanwege een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben.

Gehandicaptenzorg wordt bekostigd uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Algemene medische zorg en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven (waarbij ook de verblijfskosten uit de Wlz worden betaald) vallen ook onder gehandicaptenzorg. In deze gevallen wordt deze zorg vergoed vanuit het integrale Wlz-pakket. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaan van de Wlz-behandeling, worden bekostigd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en vallen niet onder gehandicaptenzorg.

Hoewel zintuigelijke gehandicaptenzorg ook onder het begrip gehandicaptenzorg valt, is dit niet meegenomen in dit onderzoek, vanwege de beperkte informatie over de specialistische zorg aan deze kleine doelgroep. De extramurale gehandicaptenzorg valt sec niet onder het begrip gehandicaptenzorg in het TIZ begrippenkader omdat dit of in de thuissetting wordt geboden of cliënten alleen voor een dagbehandeling naar de zorgaanbieder gaan. Deze sector wordt behandeld in de deelrapportage dagbesteding en begeleiding.

2.2 Kerncijfers sector

Aantal cliënten

Gehandicaptenzorg wordt geboden aan cliënten met één of meerdere van de volgende zorgprofiel-indicaties:

- Verstandelijk Gehandicapt (VG)
- Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG)
- Lichamelijk Gehandicapt (LG)
- Zintuiglijk Gehandicapt, auditief en communicatief (ZG-aud)
- Zintuiglijk Gehandicapt, visueel (ZG-vis)

De meest recente cijfers over de aantallen cliënten in de institutionele gehandicaptenzorg zijn uit 2018. Op 1 januari 2018 woonden ruim **73.000** cliënten in een instelling voor gehandicaptenzorg. Verreweg de meeste cliënten die deze intramurale gehandicaptenzorg ontvangen hebben een verstandelijke beperking

[3] Zie bijlage.

(ruim 63.000)[4]. Cijfers over 2019 en 2020 zijn (nog) niet bekend. Het aantal mensen dat gehandicaptenzorg ontving in eerdere jaren was vrij stabiel over de jaren heen.[5]

Betrouwbare cijfers over het aantal cliënten dat gehandicaptenzorg ontvangt via een vpt of pgb in een vergelijkbare woonsetting als intramurale zorg ontbreken. Op basis van een rapport van Bureau HHM uit 2020 is het aantal kleinschalige woonvormen voor gehandicaptenzorg geschat op 1.100.[6] Per kleinschalige woonvorm wordt in dat rapport uitgegaan van 3 tot 26 cliënten. Volgens CBS gegevens is de meest voorkomende grootte van wooncluster bij gehandicaptenzorg 5 tot 10 personen.[7] De inschatting is dat 1.100 kleinschalige woonvormen overeenkomt met **tussen de 5.500 en 11.000 cliënten** die gehandicaptenzorg ontvangen via een vpt of pgb in een vergelijkbare, kleinschalige woonsetting als intramurale gehandicaptenzorg.

In totaal heeft de institutionele gehandicaptenzorg **tussen de 78.500 en 84.000 cliënten**.

Aantal aanbieders

Volgens Zorgkaart Nederland zijn er in 2021 **130 instellingen** die intramurale gehandicaptenzorg aanbieden voor cliënten met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking. Het aantal zorgaanbieders dat gehandicaptenzorg thuis aanbiedt in een vergelijkbare woonsetting als intramurale zorg is **1.100**, op basis van eerder genoemde cijfers. In totaal heeft de institutionele gehandicapten zorg rond de **1.250 aanbieders**.

Financiële omvang

In 2018 is **6,7 miljard euro** aan intramurale Wlz-zorg voor cliënten met een handicap uitgegeven. Hiervan ging 86% (€5,8 miljard) naar de verstandelijk gehandicaptenzorg[8]. Cijfers over uitgaven voor kleinschalige woonvormen in een vergelijkbare woonsetting als intramurale Wlz-zorg via een vpt of pgb ontbreken. De totale financiële omvang van de institutionele gehandicaptenzorg is dus niet bekend.

2.3 Kenmerken van de sector

In deze paragraaf beschrijven we de kenmerken van de sector gehandicaptenzorg aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder
4. Registratie en declaratie
5. Toezicht

1. Toegang voor zorgaanbieders

Om toegang te krijgen tot de zorgmarkt gelden de volgende wetten en procedures voor aanbieders en/of zorgverleners van gehandicaptenzorg:

- Wet Toelating Zorgaanbieders (Wtza): een zorgaanbieder die gehandicaptenzorg wil leveren, dient te beschikken over een Wtza-

[4] Wlz-instellingszorg gehandicapten in beeld, beschikbaar via https://www.vektis.nl/actueel/wlz-instellingszorg-gehandicapten-in-beeld

[5] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/gehandicaptenzorg/volwaardig-leven-met-een-beperking

[6] Bureau HHM, Financiering kleinschalige woonvormen. Inzicht in Wlz-leveringsvorm, beschikbaar via https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/06/11/financiering-kleinschalige-woonvormen-inzicht-in-wlz-leveringsvormen/Rapportage+HHM+Financiering+kleinschalige+woonvormen+Wlz.pdf

[7] https://www.monitorlangdurigezorg.nl/publicaties/maatwerk-publicaties/2019/08/01/clusters-en-zzp-mix-van-personen-met-wlz-pgb

[8] https://www.vektis.nl/actueel/wlz-instellingszorg-gehandicapten-in-beeld

toelating. Hiervoor worden verschillende eisen gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot structuur, toezicht, financiële administratie en verantwoording[9]. Ook geldt er onder de Wtza een meldplicht voor nieuwe zorgaanbieders en de eis van een interne onafhankelijke toezichthouder.

- De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): hierin heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg[10]. Zorgaanbieders moeten bijvoorbeeld een interne werkwijze hebben ingeregeld zodat medewerkers voorvallen in de zorg kunnen melden.
- Beroepsnormen uit het (door de landelijke cliëntenorganisaties, beroepsgroepen, branchevereniging, zorgkantoren en IGJ opgestelde) Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg.
- Verklaring Omtrent Gedrag (VOG): nieuwe medewerkers in de gehandicaptenzorg (Wlz) dienen over een VOG te beschikken.

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk om voldoende zorg van goede kwaliteit in te kopen bij zorgaanbieders, waaronder aanbieders van gehandicaptenzorg. Hiervoor is het Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg uitgangspunt. Zorgkantoren krijgen zicht op kwaliteit door op locatie in gesprek te gaan met alle betrokkenen. De wensen en behoeften van cliënten staan daarbij centraal. Daarnaast analyseren zorgkantoren landelijk beschikbare gegevens en beoordelen ze de kwaliteitsplannen van de zorgaanbieders. Zorgkantoren hebben de vrijheid om aanvullende (kwaliteits-)voorwaarden te stellen[11]. Zo toetsen zorgkantoren bij de inkoop meerdere zaken, aan de hand van bijvoorbeeld KvK-gegevens, VOG's, jaarrekeningen, criteria Wtza, eigen vermogen en of voldaan is aan deskundigheidsnormen. En er worden veelal aanvullende eisen gesteld aan contractering van aanbieders van gehandicaptenzorg, zoals:

- De zorgaanbieder voldoet aan de eisen van bekwaamheid volgens de bestuursverklaring.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met het sociale domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is.

Voor zorgverleners geldt een aantal algemeen aanvaarde uitgangspunten die de professionele standaard vormen. Deze kaderen de beroepsuitoefening in en borgen de kwaliteit van de te verlenen zorg. Tot de professionele standaard behoort onder andere het beroepsprofiel, de beroepscode, richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, wet- en regelgeving, uitspraken in (tucht)rechtszaken, richtlijnen van de inspectie, (beroeps)ethische uitgangspunten, standpunten, adviezen en handreikingen van de beroepsgroep.

2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering

Toegang tot zorg uit de Wlz wordt beoordeeld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Op basis van documentatie van een arts of behandelaar van de cliënt wordt er gekeken of er aanspraak gemaakt kan worden op zorg onder de Wlz. Als het CIZ de aanvraag goedkeurt, wordt er een zorgprofiel afgegeven met de beschrijving van de aard en inhoud van de zorgbehoefte en de zorgzwaarte van de cliënt. In het indicatiebesluit wordt de voorkeur van de cliënt voor de leveringsvorm van de zorg vastgesteld.

Institutionele gehandicaptenzorg volgens het TIZ begrippenkader kan in de volgende leveringsvormen voorkomen[12]:

- Zorg in natura (ZiN): zorg en huisvesting door één zorgaanbieder, hier aangeduid als intramurale zorg. Voor intramurale gehandicaptenzorg betaalt de cliënt een eigen bijdrage aan het CAK.

[9] Per 01-01-2022 is de Wtza in de plaats gekomen van de Wtzi (Wet toetreding zorginstellingen).

[10] https://www.venvn.nl/thema-s/wet-en-regelgeving/

[11] file:///Y:/Downloads/Actiz%20rapportage%20bekostiging%20en%20contractering.pdf.pdf

[12] https://www.patientenfederatie.nl/over-de-zorg/gehandicaptenzorg#verschillende-vormen-van-gehandicaptenzorg

- Een volledig pakket thuis (vpt): de zorg wordt geleverd door één aanbieder. Als de cliënt in een geclusterde woonvorm woont en zelf de kosten voor huisvesting betaalt, beschouwen we deze zorg als gehandicaptenzorg.
- Met een persoonsgebonden budget (pgb) huurt de cliënt zelf de zorgverleners in en maakt afspraken over de zorg die zij waar, wanneer en op welke manier geven. Net zoals bij een vpt valt deze zorg alleen onder het begrip gehandicaptenzorg als de cliënt in een geclusterde woonvorm woont en zelf de kosten voor huisvesting betaalt.

Als de cliënt kiest voor de leveringsvorm pgb, dient het zorgkantoor met de cliënt een gesprek in te plannen om te kijken waarom iemand kiest om zorg via een pgb in te kopen. Op basis daarvan besluit het zorgkantoor of de cliënt een pgb krijgt. Bij sommige, zwaardere, zorgprofielen is het verplicht om een gewaarborgde hulp te hebben, die de formulieren ondertekent, het gesprek met het zorgkantoor voert en op zoek gaat naar geschikte zorgverleners voor de cliënt.

Als er vanuit het CIZ het vermoeden bestaat dat de geïndiceerde zorg niet passend is of als er aanwijzingen zijn van onjuist handelen, kan er een zgn. Ambtshalve Herindicatietraject uit worden gezet op basis van art 3.2.4 uit de Wlz. Bij zo'n traject wordt er opnieuw een indicatie vastgesteld door het CIZ, wat eventueel afwijkt van de eerder afgegeven indicatie. Dit kan dus gevolgen hebben voor de aanspraak op Wlz-zorg voor de betrokken cliënt.

3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder

Cliënten krijgen een indicatie voor de Wlz als er 24 uur per dag toezicht of zorg in nabijheid nodig is en dit een blijvende situatie is. De gehandicaptenzorg is gedifferentieerd in aanbod en in zorgvormen en biedt zorg aan mensen met verschillende lichte en/of ernstige handicaps. De zorg wordt levenslang en aan cliënten in allerlei levensfases, van jong tot oud, geleverd. [13]

Veel zorgaanbieders die gehandicaptenzorg leveren, leveren ook andere vormen van zorg vanuit verschillende domeinen. Zij bieden bijvoorbeeld, naast gehandicaptenzorg, thuiszorg middels de Zvw of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij gehandicaptenzorg zijn diverse zorgverleners, mantelzorgers en naasten betrokken, zoals woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, gedragswetenschappers, verzorgenden en fysiotherapeuten.

4. Registratie en declaratie

Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen over welke prestaties van gehandicaptenzorg zij leveren en tegen welk tarief. Hierbij gelden de door de NZa-opgestelde maximumtarieven voor de Wlz, waaronder de gehandicaptenzorg. Het Ministerie van VWS stelt het pgb-tarief jaarlijks vast.[14]

Per 2019 zijn bijna alle tarieven in de langdurige gehandicaptenzorg door de NZa herijkt. Met de name de tarieven van de hogere zorgprofielen zijn gestegen (er is 98 miljoen euro extra beschikbaar gesteld door VWS). Daarnaast zijn de tarieven voor vervoer naar dagbesteding verhoogd om de keuzevrijheid voor cliënten te verbeteren[15]. De hoogte van het pgb-budget is vergelijkbaar met de zorgvorm vpt zonder behandeling, omdat behandeling niet kan worden vergoed vanuit een pgb.

5. *Toezicht*

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de gehandicaptenzorg gefinancierd vanuit de Wlz. De IGJ verzamelt gegevens en selecteert risico's in de zorg. Op basis van de gesignaleerde risico's legt de IGJ bezoeken af aan instellingen om te kijken of de gehandicaptenzorg veilig

[13] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_308164_22/1/

[14] https://www.parlementairemonitor.nl/9353000/1/j9vvij5epmj1ey0/vkztd6roc0ra

[15] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_308164_22/1/

en persoonsgericht is. Ze bezoeken locaties van zorgaanbieders waar de kans groot is dat de veiligheid en kwaliteit van zorg gevaar loopt. Meestal zijn dit woonlocaties maar soms ook dagbestedingslocaties. Daarnaast vindt incidententoezicht plaats, naar aanleiding van calamiteiten. Indien tekortkomingen worden vastgesteld kan de IGJ verschillende maatregelen opleggen. Bij het bezoeken wordt de kwaliteit en veiligheid getoetst door middel van een toetsingskader voor de gehandicaptenzorg. De IGJ kan een maatregel opleggen als zij vindt dat de veiligheid en/of de kwaliteit van de zorg onvoldoende is.

Ook de NZa houdt toezicht op de gehandicaptenzorg, namelijk dat zorgaanbieders hun behandelingen volgens de geldende regelgeving registreren en in rekening brengen. Ook ziet de NZa erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan hun zorgplicht (toegankelijkheid van zorg) en dat de nota voor de cliënt transparant is. Signalen van regelovertreding bespreekt de NZa met zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Eventueel legt de NZa een maatregel op zoals een boete.

Zorgverzekeraars, die het toezicht uitvoeren voor zorgkantoren, zien er op toe dat de declaraties van zorgaanbieders rechtmatig zijn. Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieders vooraf afspraken hebben gemaakt in het kader van horizontaal toezicht, zien de zorgaanbieders er zelf op toe dat de zorg goed wordt geregistreerd en gedeclareerd. Indien er signalen zijn van mogelijke fraude door een zorgaanbieder, kan dit leiden tot nader onderzoek door de zorgverzekeraar.

Bij klachten kunnen cliënten een melding doen bij de IGJ, het zorgkantoor en de NZa.

3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de gehandicaptenzorg

3.1 Omvang

Het is niet mogelijk een uitspraak te doen over de totale omvang van fraude in de gehandicaptenzorg. Fraude is namelijk niet altijd zichtbaar en niet alle signalen van onrechtmatigheden en/of fraude worden onderzocht. Daarnaast is het ingewikkeld om zorgfraude aan te tonen en te bewijzen.

Om een beeld te krijgen van het aantal signalen van vermoedelijke fraude in de gehandicaptenzorg, wordt in dit hoofdstuk gerapporteerd over het aantal signalen van fraude dat IKZ-partners hebben samengebracht in het Verzamelpunt Zorgfraude, het aantal signalen dat zorgkantoren rapporteren en de omvang van de vastgestelde fraude door zorgkantoren.

De fraudesignalen betreffen geen vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de gehandicaptenzorg. Daarbij is het mogelijk dat overlap voorkomt tussen de aantallen signalen die gerapporteerd worden binnen het IKZ verband en bij zorgkantoren, het is niet bekend hoe groot deze overlap is. De signalen kunnen om deze reden niet bij elkaar opgeteld worden.

Aantal signalen bij het IKZ

Tabel 2. *Aantal signalen over gehandicaptenzorg gedeeld binnen het IKZ*

Jaar	Aantal signalen
2019	3
2020	23
1e helft 2021	3

Bij het IKZ zijn door de partners in 2019, 2020 en de eerste helft van 2021 in totaal 29 signalen ingediend over zorgfraude door aanbieders van gehandicaptenzorg. 13 van de 23 signalen in 2020 betreffen signalen van aanbieders die bovengemiddeld veel winst maken, naar aanleiding van de zogenaamde pointerlijst. De 29 signalen

betreffen echter niet alle signalen van fraude die bij partners bekend zijn, aangezien de IKZ-partners een afweging maken of zij een signaal al dan niet melden bij het IKZ en de criteria hierbij kunnen per partner verschillen.

We constateren dat in deze periode over gehandicaptenzorg weinig fraudemeldingen bij het IKZ zijn gedaan in vergelijking met andere zorgsoorten. Het frauderisico in de gehandicaptenzorg lijkt daarom relatief laag. Deze aantallen signalen zijn echter geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de gehandicaptenzorg.

Er zijn relatief weinig signalen over gehandicaptenzorg middels ZiN. Deze signalen betreffen vermoedens van onvoldoende kwaliteit of een te hoge eigen bijdrage voor cliënten.

Aantal signalen bij zorgkantoren

In een vragenlijst is aan zeven zorgkantoren gevraagd hoeveel signalen van fraude in de gehandicaptenzorg zij hebben ontvangen in 2019, 2020 en de eerste helft van 2021. Vijf zorgkantoren hebben de vragenlijst ingevuld.

Uit de vragenlijst blijkt dat bij deze vijf zorgkantoren in de periode 2019 t/m medio 2021 signalen over intramurale gehandicaptenzorg bekend zijn. Bij twee zorgkantoren zijn in totaal in de periode 2019 t/m medio 2021 7 signalen van intramurale gehandicaptenzorg bekend. Drie zorgkantoren geven aan dat de fraudesignalen niet specifiek geregistreerd zijn op intramurale gehandicaptenzorg en in het systeem daardoor geen onderscheid te maken is tussen signalen over intramurale of extramurale gehandicaptenzorg of met een bepaalde leveringsvorm. Bij twee van deze drie zorgkantoren is wel bekend hoeveel signalen er zijn over alle leveringsvormen van gehandicaptenzorg (verblijf, mpt, vpt, pgb). Een zorgkantoor rapporteert in totaal 20 signalen in 2019 t/m medio 2021. Een ander zorgkantoor rapporteert over deze periode in totaal 272 signalen, waarvan 242 signalen pgb betreffen. Onbekend is hoeveel pgb signalen gehandicaptenzorg in een vergelijkbare woonsetting als intramurale gehandicaptenzorg betreffen.

Uit de gerapporteerde informatie van de zorgkantoren kunnen we opmaken dat er bij zorgkantoren enige signalen bekend zijn over de intramurale gehandicaptenzorg. Verder ontvangen de zorgkantoren veel signalen over pgb gefinancierde zorg, maar daarbij is onbekend of de pgb zorg geleverd wordt in een vergelijkbare woonsetting als intramurale gehandicaptenzorg.

Vastgestelde fraude

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rapporteert jaarlijks over de aantallen vastgestelde fraude door zorgverzekeraars[16]. Hierin zijn geen cijfers opgenomen die specifiek over de institutionele gehandicaptenzorg gaan.

Signalen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg

Hoewel dit rapport gaat over fraude, is gebrekkige kwaliteit van de zorg ook een relevant aspect, aangezien er een duidelijke samenhang is tussen signalen over fraude en onvoldoende kwaliteit. We noemen hier daarom enkele cijfers over meldingen met betrekking tot kwaliteit van de gehandicaptenzorg, gebaseerd op rapportages van de IGJ.

De IGJ heeft in 2020 500 meldingen ontvangen van zorgaanbieders over incidenten die betrekking hebben op de kwaliteit van de gehandicaptenzorg[17]. Zorgaanbieders van gehandicaptenzorg zijn volgens de Wkkgz verplicht ernstige incidenten bij de IGJ te melden. Van de 500 meldingen betroffen 100 meldingen calamiteiten zoals suïcides/suïcidepogingen, geweld in de zorgrelatie, ontslag vanwege disfunctioneren of seksueel overschrijdend gedrag.

[16] De organisaties zijn zo ingericht dat de afdelingen speciale zaken/bijzonder onderzoek/veiligheidszaken van zorgverzekeraars de onderzoeken uitvoeren voor zorgkantoren.

[17] https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-over-meldingen-gehandicaptenzorg

3.2 Aard

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingediend zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de gehandicaptenzorg. Deze zijn door de experts nader gespecificeerd en aangevuld. Bij de zorgkantoren is getoetst in hoeverre de fraudevormen herkend worden. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van voorkomende fraudevormen in de gehandicaptenzorg geleid.

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg
- Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd
- Onvoldoende kwaliteit van de zorg
- Misbruik van persoonsgegevens
- Intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners
- Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig
- Misbruik van cliënten
- Ondeugdelijk bestuur
- Verstrekken valse/niet-transparante informatie
- Faillissementsfraude

De bovengenoemde vormen van fraude en onrechtmatigheden lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de experts.

Extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg

Bij signalen over extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg wordt bijvoorbeeld zorg extra in rekening gebracht die al in het Wlz-pakket zit, zoals eten of een activiteit. Ook wordt gezien dat door zorgaanbieders extra bijdragen worden gevraagd, bovenop de eigen bijdrage die door cliënten betaald wordt aan het CAK. Het declareren van extra uren of zorgmomenten is daarentegen nauwelijks mogelijk binnen intramurale gehandicaptenzorg, omdat de declaraties per verblijfsdag plaatsvinden.

Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd

In de signalen over zorgaanbieders van gehandicaptenzorg wordt gezien dat verblijfsdagen worden gedeclareerd terwijl de cliënt die dagen niet aanwezig was en geen zorg is geleverd. De zorgaanbieder mag een paar dagen extra declareren als de cliënt is overleden of op vakantie gaat, maar deze dagen zijn beperkt. Soms worden er te veel dagen gedeclareerd. Ook wordt gezien dat zorgaanbieders vastgoed koopt en verhuurt aan cliënten, maar er geen zorg wordt geleverd.

Onvoldoende kwaliteit van de zorg

Bij signalen over onvoldoende kwaliteit van de zorg komt voor dat de zorg wordt geleverd door onvoldoende gekwalificeerd personeel. Zo worden bijvoorbeeld stagiaires ingezet voor de levering van zorg die niet door stagiaires (zelfstandig) mag worden geleverd. Ook bestaan er signalen van onvoldoende begeleiding van en toezicht op de cliënten. Daarnaast wordt soms ondoelmatige zorg geleverd.

Misbruik van persoonsgegevens

Bij bijvoorbeeld het declareren van zorg die niet is geleverd worden handtekeningen van cliënten vervalst om de verblijfsdagen te kunnen declareren. Ook bestaan vermoedens dat bij de declaraties misbruik wordt gemaakt van identiteitsgegevens van cliënten om zorg te declareren die niet is geleverd.

Intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners

Cliënten worden door zorgverleners onder druk gezet om mee te werken aan het verkrijgen van een hogere indicatie dan nodig. In signalen komt hierbij intimidatie, bedreiging en mishandeling voor. Er wordt bijvoorbeeld gedreigd dat als cliënten niet meewerken er geen zorg meer wordt geleverd. Bij geclusterde woonvormen komt voor dat cliënten worden bedreigd met ontzetting uit de woning.

Ook proberen malafide zorgaanbieders cliënten vooraf te instrueren voor huisbezoeken die door het CIZ worden uitgevoerd op het moment dat er een hogere indicatie wordt aangevraagd. Door middel van het vooraf onder druk instrueren door de zorgaanbieder is de verwachting dat de cliënten de indruk zullen wekken dat een hogere indicatie nodig is. Deze vorm van fraude komt met name voor bij cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Ook komt het voor dat personeel dat zorg verleend onder druk gezet worden door het bestuur van de zorgaanbieder. Bijvoorbeeld om een aanvraag in te dienen om een hogere indicatie bij het CIZ aan te vragen zonder dat deze nodig is.

Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig

De zorgbehoefte wordt anders en/of zwaarder voorgesteld dan dat nodig is. Bij deze fraudevorm wordt er een hoger zorgprofiel aangevraagd dan nodig. Hierbij kan het zelfs zo zijn dat de cliënt helemaal geen Wlz-zorg nodig heeft.

Misbruik van cliënten

In de signalen komen ook vermoedens van misbruik en uitbuiting van cliënten voor. Cliënten worden bijvoorbeeld geronseld voor het afnemen van zorg en opvang aan de hand van valse beloftes of geld. Dit komt met name bij pgb-zorg voor, maar ook bij ZiN. Vermoedelijk wordt opzettelijk misbruik gemaakt van kwetsbare cliënten die afhankelijk zijn van anderen. Ook worden cliënten tijdens dagbesteding ingezet voor activiteiten die vermoedelijk niet onder dagbesteding vallen maar arbeid, zoals werken in de bouw.

Ondeugdelijk bestuur

In signalen is soms sprake van ondeugdelijk bestuur. Voorbeelden van een ondeugdelijk bestuur zijn het onterecht opvoeren van personeelskosten, het wegsluizen van hoge winsten via complexe en niet-transparantie bedrijfsstructuren (zoals veel verschillende betrokken ondernemingen, inzet katvangers, onderaannemers), belangenverstrengeling en het niet op orde hebben van de administratie. Bij geclusterde woonvormen worden soms hoge huren gevraagd, wat onwenselijk is.

Volgens de experts gaat ondeugdelijk bestuur veel samen met onvoldoende kwaliteit van de zorg.

Verstrekken valse/niet-transparante informatie

In signalen over gehandicaptenzorg komt voor dat geen of onvoldoende informatie wordt verstrekt aan familie en dat zorgovereenkomsten worden vervalst. Ook wordt aan toezichthoudende partijen gebrekkige informatie geleverd en wordt bijvoorbeeld achteraf administratie aangepast en/of fictieve zorgverleners opgevoerd op deze kloppend te maken.

Faillissementsfraude

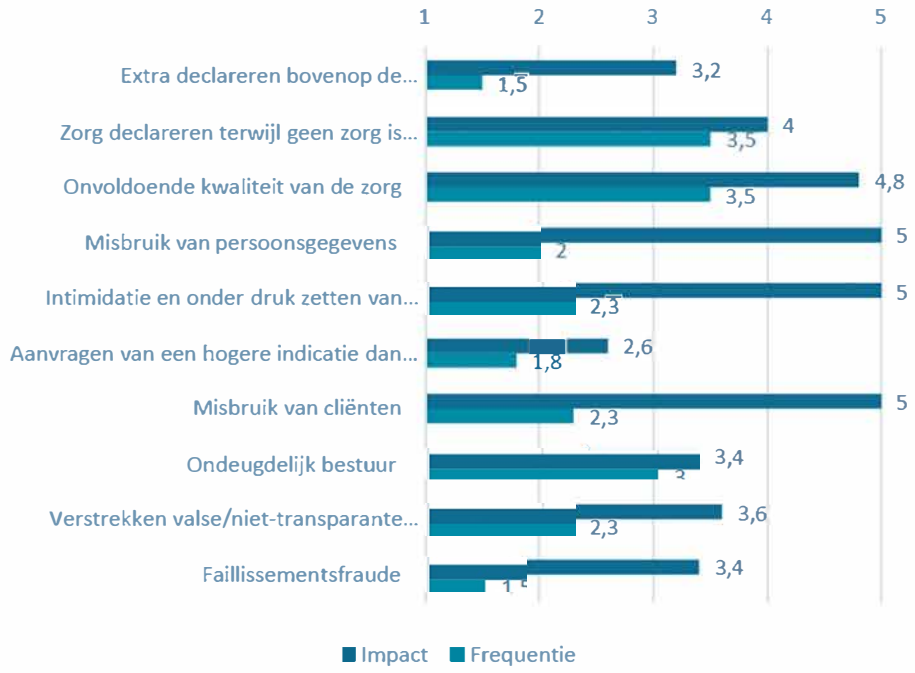
Tot slot zien we ook in signalen voorbeelden van aanbieders van gehandicaptenzorg die, terwijl een onderzoek naar fraude loopt, (vermoedelijk opzettelijk) een faillissement aanvragen. Vervolgens kan de onderneming het zorggeld wegsluizen en onder een nieuwe naam opnieuw starten en onder de radar blijven.

3.3 Impact

Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact. Wat betreft de financiële impact kunnen we weinig harde conclusies trekken. Het is niet bekend wat de totale financiële omvang van fraude in de gehandicaptenzorg is, waardoor ook niets gezegd kan worden over de financiële impact per fraudevorm. Wel kan algemeen gesteld worden dat naarmate een fraudevorm vaker voorkomt, de financiële impact hiervan waarschijnlijk groter zal zijn.

Aan de experts en zorgkantoren is gevraagd in welke mate de bovengenoemde fraudevormen voorkomen in signalen. Daarnaast is gevraagd welke mate van impact de fraudevormen hebben op cliënten, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5[18]. In figuur 1 zijn de gemiddelde scores van de zorgkantoren weergegeven op de vragen naar de frequentie en impact van de verschillende fraudevormen.

***Figuur 1**. Frequentie en impact van fraudevormen volgens zorgkantoren*



De fraudevormen die zorgkantoren het meest zien in signalen zijn *zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd* en *onvoldoende kwaliteit van de zorg*. Andere fraudevormen die relatief vaak voorkomen zijn:

- Misbruik van persoonsgegevens
- Intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners
- Misbruik van cliënten
- Ondeugdelijk bestuur
- Verstrekken valse/niet-transparante informatie

De fraudevormen *extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg, aanvragen van een hogere indicatie dan nodig* en *faillissementsfraude* komen weinig voor in de fraudesignalen. De fraudevormen *misbruik van persoonsgegevens, intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners* en *misbruik van cliënten* worden beoordeeld als het meest impactvol voor de cliënten.

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om de frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 2 is onderscheid gemaakt naar fraudevormen met hoge frequentie en/of impact.

***Tabel 2**. Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact*

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor cliënt
Extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg		x
Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd	x	x
Onvoldoende kwaliteit van de zorg	x	x
Misbruik van persoonsgegevens		x

[18] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt (vrijwel) nooit voor' en score 5 voor 'dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.

Intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners		x
Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig		
Misbruik van cliënten		x
Ondeugdelijk bestuur	x	x
Verstrekken valse/niet-transparante informatie		x
Faillissementsfraude		x

Uit de tabel is af te leiden dat de volgende fraudevormen zowel een hoge frequentie als een hoge impact voor cliënten hebben volgens zorgkantoren: *Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd, onvoldoende kwaliteit van de zorg* en *ondeugdelijk bestuur.*

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de gehandicaptenzorg

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in sector gehandicaptenzorg:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder
4. Registratie en declaratie
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen hebben we hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan het frauderisico. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de interviews. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken van de sector gehandicaptenzorg die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, dat wederom is voorgelegd in een vragenlijst aan zorgkantoren.

In dit hoofdstuk worden deze kenmerken benoemd en de input die de experts hierbij hebben geleverd. Vervolgens wordt aan de hand van het oordeel van de experts en zorgkantoren ingegaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdragen leveren aan frauderisico's in de gehandicaptenzorg.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de gehandicaptenzorg is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Gehandicaptenzorg	Gehandicaptenzorg is zorg aan en ondersteuning van mensen met lichamelijke, verstandelijke, of zintuiglijke beperkingen. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn (bewerkt)** *Voor **zintuiglijk gehandicaptenzorg** vanuit de Zvw geldt de volgende omschrijving:* Zintuiglijk gehandicaptenzorg omvat multidisciplinaire zorg in verband met een visuele beperking, een auditieve beperking, of een communicatieve beperking als gevolg van een taalontwikkelingsstoornis, gericht op het leren omgaan met, het opheffen of het compenseren van de beperking, met als doel de verzekerde zo zelfstandig mogelijk te kunnen laten functioneren. **Bron: Besluit Zvw, artikel 2.5a**	*Gehandicaptenzorg vanuit de Wlz:* • Het begrip Gehandicaptenzorg wordt gebruikt voor alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die intramuraal in een instelling voor gehandicaptenzorg verblijven of in een vergelijkbare woonsetting, zoals geclusterd vpt. Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding of dagbesteding. Onder het begrip Gehandicaptenzorg valt ook algemene medische zorg (vergelijkbaar met huisartsenzorg) en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven (waarbij ook de verblijfskosten uit de Wlz worden betaald), aangezien in die gevallen deze zorg uit het integrale Wlz-pakket wordt bekostigd. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaat van de Wlz-behandeling (en dus zonder overleg en afstemming met de instelling kan worden geleverd), wordt bekostigd uit de Zvw en hiervoor dienen de overeenkomstige Zvw-begrippen te worden gebruikt. Wlz-zorg in de thuissituatie valt onder andere begrippen (bijvoorbeeld Begeleiding, Wijkverpleging). NB. onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging. *Zintuigelijk Gehandicaptenzorg vanuit de Zvw*: • Gehandicaptenzorg vanuit de Zvw betreft extramurale, multidisciplinaire zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking gericht op het leren omgaan met de beperking.	Wettelijk kader: Wlz, Zvw Kenmerken patiënten/cliënten: Personen die vanwege een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke beperking blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Zorgverleners: divers, o.a. woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, gedragskundigen en artsen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Frauderisico's in de ggz

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 4
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector ggz ... 5
   2.1 Afbakening van het begrip ggz ... 5
   2.2 Kengetallen sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Aard, omvang en impact van fraude in de ggz ... 9
   3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden ... 9
   3.2 Omvang van de fraude(signalen) ... 12
   3.3 Impact van de verschillende fraudevormen ... 13
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz ... 15
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het frauderisico ... 16
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico ... 18
5. Conclusie ... 20

Bijlage ... 23

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot Zorgbrede Risico Analyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd of deze meegenomen moeten worden in dit vervolgonderzoek naar risico's, en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. De ggz is één van deze sectoren. Meerdere partners geven aan geïnteresseerd te zijn in nader onderzoek naar frauderisico's in de ggz, bijvoorbeeld omdat deze sector reeds prioriteit heeft in het eigen beleid, en/of omdat er weinig zicht op de frauderisico's is, maar er wel signalen over zijn.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de sector ggz aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector ggz die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector, 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude en 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kenmerken van de sector ggz

1. Wat is de definitie van ggz en welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengetallen van de sector ggz, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op de ggz?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op ggz?

Aard, omvang en ernst van fraude in de ggz

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de ggz?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van de fraude in de ggz?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de ggz, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de ggz[2]?

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is deskresearch gedaan naar kengetallen en de kenmerken van de sector zoals de geldende wet- en regelgeving in de ggz.
- Daarna is een expertgroep georganiseerd waarin fraudevormen in de ggz zijn besproken en kenmerken zijn benoemd die frauderisico's in de ggz kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over de sector die bij kunnen dragen aan het frauderisico.
  De expertgroep bestond uit de volgende deelnemers:
  - Een beleidsmedewerker van de NZa op het gebied van toezicht op de ggz
  - Een senior inspecteur van de IGJ
  - Een senior medewerker veiligheidszaken van VGZ
- De fraudevormen en hypothesen zijn hierna in een vragenlijst voorgelegd aan acht zorgverzekeraars[3] om te toetsen of deze bevestigd worden. Ook is via de vragenlijst informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019 en 2020 over ggz zijn ontvangen door deze zorgverzekeraars.

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

[3] Deze acht zorgverzekeraars vertegenwoordigen gezamenlijk 95% van het marktaandeel wat betreft aantal verzekerden.

2. Kenmerken van de sector ggz

2.1 Afbakening van het begrip ggz

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[4], beperken we ons het met het begrip ggz tot de *geneeskundige* geestelijke gezondheidszorg. Dit begrip is als volgt gedefinieerd:

Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden.

De term *geneeskundig* in de definitie duidt erop dat de behandeling gericht is op herstel of voorkomen van verergering van een psychische stoornis. De omschrijving noemt zorg *zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden*, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 2.3).

De geneeskundige ggz omvat de *generalistische basis-ggz* en *gespecialiseerde ggz*. In de basis-ggz worden lichte tot matige psychische problemen behandeld. De gespecialiseerde ggz is bedoeld voor zwaardere psychische problemen.

Geneeskundige ggz wordt veelal vergoed vanuit het basispakket van de zorgverzekeringswet (Zvw) indien er sprake is van een psychische stoornis volgens de DSM-5[5]. In sommige gevallen kan de geneeskundige ggz worden bekostigd uit de Wet langdurige zorg (Wlz), namelijk indien iemand langer dan drie jaar met behandeling verblijft in een instelling[6].

Geestelijke gezondheidszorg die *niet* onder het begrip geneeskundige ggz valt en dus geen deel uitmaakt van dit onderzoek, is:

- zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de Jeugdwet,
- zorg door huisartsen en praktijkondersteuners,
- beschermd wonen voor personen met een psychische stoornis die wordt bekostigd uit de Wmo
- GGZ-wonen vanuit de Wlz, waarbij sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur zorg in de nabijheid[7].

2.2 Kengetallen sector

De NZa publiceert op haar website cijfers over de ggz in de periode 2015 -2018. Hierin zijn de volgende kerncijfers te gerapporteerd:

Aantal cliënten

In 2018 maakten ruim **780.000 cliënten** gebruik van de geneeskundige ggz. Van hen maakten 30% gebruik van generalistische basis ggz, 70% van gespecialiseerde ggz, en 0,3% van langdurige ggz[8].

Aantal aanbieders

Tabel 1 laat het aantal aanbieders in de ggz zien per type ggz, met onderscheid naar vrijgevestigden (zelfstandig werkenden) en instellingen.

[4] Zie bijlage.

[5] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

[6] Sinds 2021 is er ook direct toegang tot de Wlz voor mensen die hun leven lang ggz nodig hebben, dit betreft echter geen geneeskundige ggz maar GGZ- wonen en valt daarom buiten dit onderzoek.

[7] Het gaat hierbij om beschermd wonen voor mensen met een blijvende zorgbehoefte, die voorheen vanuit de Wmo werd bekostigd. Anders dan bij geneeskundige ggz is de focus van deze zorg begeleiding en niet behandeling.

[8] https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz. Bezocht op 20-04-2021.

Tabel 1. *Aantal aanbieders ggz 2018**

	Vrijgevestigden	Instellingen
Basis ggz	1.411	172
Gespecialiseerde ggz	1.518	267
Langdurige ggz		34
Totaal**	2.217	314

Bron: NZa/Vektis.

** Vrijgevestigden met een omzet van minder dan € 30.000 en instellingen met een omzet van minder dan € 250.000 niet mee zijn genomen in deze aantallen.*

*** Omdat zorgaanbieders meerdere soorten ggz kunnen leveren, bevatten de cellen in deze tabel dubbelingen, en zijn de totalen lager dan de optelsom van de bovenstaande cellen.*

Uit tabel 1 is af te lezen dat in 2018 ruim **300 instellingen** en ruim **2.200 vrijgevestigden** ggz leverden. Vrijgevestigden met een omzet van minder dan €30.000 en instellingen met een omzet van minder dan €250.000 zijn echter niet meegenomen in deze aantallen. Het feitelijk aantal aanbieders zal daarom hoger zijn. Uit een analyse van Vektis data over 2020, komen ongeveer **4.500 unieke ondernemingen** (instellingen en vrijgevestigden) naar voren die ggz leveren.

Financiële omvang

De financiële omvang van de ggz (op basis van de kosten) was in 2018 **€3,8 miljard**[9]. Hiervan heeft 90% betrekking op gespecialiseerde ggz, 6% op basis ggz en 4% op langdurige ggz.

2.3 Kenmerken van de sector

In deze alinea beschrijven we de kenmerken van de sector ggz aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

1. Toegang voor zorgaanbieders

Om toegang te krijgen tot de zorgmarkt zijn de volgende wetten en procedures relevant voor aanbieders van ggz:

- Wet Toelating Zorginstellingen (Wtzi): een zorgaanbieder die ggz wil leveren, dient te beschikken over een Wtzi toelating. Hiervoor worden verschillende eisen gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot structuur, toezicht, financiële administratie en verantwoording[10].
- VOG voor medewerkers: voor nieuwe medewerkers in de Wlz zorg en intramurale ggz (zorg met verblijf) geldt de verplichting om een VOG (Verklaring Omtrent Gedrag) te overleggen.
- Betrokkenheid regiebehandelaar: conform het Kwaliteitsstatuut GGZ moet een regiebehandelaar betrokken zijn bij de ggz. De regiebehandelaar coördineert het zorgproces en is eerste aanspreekpunt voor de cliënt.

[9] https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz. Bezocht op 20-04-2021.

[10] Per 01-01-2022 wordt de Wtzi vervangen door de Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders). De Wtza introduceert een meldplicht, een vergunningplicht en de eis van een onafhankelijk intern toezichthouder. Hiermee wordt onder meer beoogd het risico gestuurde toezicht van de (IGJ) op zorgaanbieders te verbeteren.

Vanuit zorgverzekeraars worden veelal aanvullende eisen gesteld voor contractering van ggz-aanbieders, bijvoorbeeld:

- Werken volgens het (door organisaties van patiënten, zorgaanbieders, beroepsverenigingen en zorgverzekeraars opgestelde) Landelijke Kwaliteitsstatuut GGZ.
- Een LVVP-/NIP-visitatie, ofwel de instelling moet een bezoek hebben gehad van de LVVP (de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten) of van de NIP (Nederlands instituut van psychologen) ter kwaliteitscontrole;
- Keurmerk Basis GGZ, ontwikkeld in samenspraak met belangenorganisaties in de ggz.

Hoewel ggz ook geleverd kan worden door ongecontracteerde aanbieders (aan wie verzekeraars niet deze eisen kunnen stellen), is een ruime meerderheid van de zorg gecontracteerd. Zo rapporteert de NZa in de monitor contractering ggz dat rond 80% van de (responderende) instellingen en vrijgevestigden een contract heeft met één of meerdere Zorgverzekeraars[11]. Vektis rapporteert voor het jaar 2017 een percentage van 6,9% van de kosten van de ggz voor niet-gecontracteerde zorg[12].

2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering

De toegang tot de ggz verloopt in de regel via de huisarts[13]. Lichte psychische problematiek kan ook worden behandeld door de praktijkondersteuner ggz (POH ggz). Zorg door de huisarts of POH ggz valt echter buiten het kader van deze analyse (die zorg valt in het begrippenkader van de TIZ namelijk onder huisartsenzorg). Indien nodig verwijst de huisarts naar de generalistische basis-ggz (bij lichte tot matige psychische problemen) of de gespecialiseerde ggz (bij ernstige psychische problemen). Deze zorg valt onder de zorgverzekeringswet en hiervoor geldt een eigen risico.

Binnen de gespecialiseerde ggz is het mogelijk om te verblijven in de instelling waar men wordt behandeld. Indien dit verblijf met behandeling langer duurt dan drie jaar, dan wordt de zorg na deze drie jaar gefinancierd vanuit de Wlz. Hiervoor dient een aanvraag te worden gedaan bij het CIZ. Voor deze zorg geldt een eigen bijdrage.

In tabel 2 is de toegang en financiering weergegeven van de ggz die binnen de kaders van dit onderzoek valt (in paragraaf 2.1 is deze afbakening nader toegelicht).

Tabel 2. *Toegang en bekostiging geneeskundige ggz*

	Toegang/indicatiestelling	Financiering	Eigen risico/bijdrage
Generalistische basis-ggz	Huisarts of andere toegestane verwijzer	Zvw	Eigen risico
Gespecialiseerde ggz	Huisarts of andere toegestane verwijzer	Zvw	Eigen risico
Voortgezet verblijf (> 3 jaar)	CIZ	Wlz	Eigen bijdrage

3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

Geneeskundige ggz (zowel basis- als gespecialiseerd) kan geleverd worden door vrijgevestigde therapeuten of door ggz-instellingen. De generalistische basis-ggz kan bestaan uit hulp, consulten en/of e-health, geleverd door bijvoorbeeld een GZ-psycholoog of psychotherapeut. De gespecialiseerde ggz bestaat uit behandeling, eventueel in combinatie met begeleiding, en/of opname in een instelling.

[11] Monitor contractering ggz, NZa 2020.

[12] Ontwikkeling (niet-)gecontracteerde ggz 2016-2019 – macro-cijfers, Vektis 2019.

[13] In het document 'Afspraken verwijzing Geestelijke Gezondheidszorg' worden nog enkele andere mogelijke verwijzers benoemd, zoals een psychiater of een bedrijfsarts.

Conform het Kwaliteitsstatuut GGZ moet een regiebehandelaar betrokken zijn bij de ggz. De regiebehandelaar coördineert het zorgproces en is eerste aanspreekpunt voor de cliënt. In december 2020 is een nieuw Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ[14] gepubliceerd, waarin, afhankelijk van de fase van het zorgproces, twee soorten regiebehandelaarschap worden onderscheiden: het indicerend regiebehandelaarschap (gedurende de fase van indicatiestelling) en het coördinerend regiebehandelaarschap (tijdens de behandeling). Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ beschrijft welke taken, verantwoordelijkheden en competenties bij deze rollen horen, en welke beroepen, genoemd in de Wet BIG, deze rollen mogen vervullen.

4. Registeren en declareren van zorg

Voor de bekostiging van geneeskundige ggz zijn door de NZa beleidsregels opgesteld. Deze beleidsregels beschrijven de prestaties die kunnen worden gedeclareerd, en stellen hier maximale tarieven voor vast. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders onderhandelen welke prestaties zij leveren, en tegen welk tarief.

Voor de **generalistische basis-ggz** zijn door de NZa vier integrale prestaties onderscheiden, namelijk Kort; Middel; Intensief en Chronisch.

De prestaties voor **gespecialiseerde ggz** zijn vastgesteld in de vorm van dbc's (diagnose behandelcombinaties) en ZZP's (zorgzwaartepakketten). De dbc's hebben betrekking op diagnostiek en behandeling. Afhankelijk van het aantal geregistreerde minuten worden binnen een dbc verschillende productgroepen onderscheiden. Voor deze minutenregistratie mag zowel de directe als de indirecte patiëntgebonden tijd (zoals verslaglegging) geregistreerd worden. Behalve diagnostiek en behandeling kunnen binnen de dbc deelprestaties worden geregistreerd zoals verblijfsdagen.

Indien een patiënt langer dan een jaar verblijft met behandeling in een ggz-instelling (**langdurige ggz**), verschuift de bekostiging van dbc's naar ZZP's. De ZZP's verschillen van elkaar in de mate van intensiteit van de behandeling, begeleiding en verzorging.

Nieuwe bekostiging ggz per 2022

Vanaf 2022 wordt de ggz op een andere wijze bekostigd. Het huidige systeem van bekostiging door middel van dbc's en ZZP's verdwijnt en daarvoor in de plaats komt het ***Zorgprestatiemodel.*** Aanleiding voor het nieuwe model zijn diverse knelpunten binnen de huidige bekostiging. De verschillende soorten van bekostiging voor basis ggz en gespecialiseerde ggz, en het onderscheid tussen dbc's en ZZP's, maken het systeem complex. De vergoeding van een prestatie verhoudt zich niet altijd goed tot de geleverde zorg. Ook brengt de noodzaak tot minutenregistratie relatief veel administratieve lasten met zich mee. De nieuwe bekostiging beoogt deze knelpunten op te lossen.

De kern van de bekostiging door middel van het zorgprestatiemodel is als volgt:

- Geleverde prestaties bepalen de vergoeding die de zorgaanbieder krijgt voor de geleverde zorg.
- Prestaties zijn bijvoorbeeld consulten of een overnachting in de kliniek. De vergoeding voor een consult is afhankelijk van factoren zoals de duur (15 minuten, 30 minuten, 45 minuten, etc.), het beroep van de zorgverlener, en of het om een individueel dan wel groepsconsult gaat. De vergoeding voor verblijf is onder andere afhankelijk van de duur en het beveiligingsniveau.
- De basis-ggz, de gespecialiseerde ggz en de forensische zorg* krijgen dezelfde prestaties.
- Er vindt geen minutenregistratie meer plaats, noch voor directe noch voor indirecte tijd. De kosten voor indirecte tijd worden zijn genormeerd en geïntegreerd in de tarieven.

*Forensische zorg is geen onderdeel van het begrip ggz conform het TIZ begrippenkader, en daarom geen onderwerp van deze rapportage.

[14] https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/landelijk-kwaliteitsstatuut-ggz.pdf

5. Toezicht

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de ggz. De IGJ verzamelt gegevens en selecteert risico's in de zorg. Op basis van de gesignaleerde risico's legt de IGJ bezoeken af aan instellingen en netwerken in de GGZ om te onderzoeken hoe de kwaliteit van zorg geregeld is. Het kan gaan om algemene kwaliteitsaspecten of specifieke risico's of thema's waar onderzoek naar wordt gedaan. De IGJ probeert risico's tijdig te signaleren en aan te moedigen wat goed gaat. Bij dit bezoek wordt de kwaliteit en veiligheid getoetst door middel van een toetsingskader ggz.
Daarnaast vindt incidententoezicht plaats, naar aanleiding van calamiteiten. Indien tekortkomingen worden vastgesteld kan de IGJ verschillende maatregelen opleggen.

Ook de NZa houdt toezicht op de ggz, namelijk dat zorgaanbieders hun behandelingen volgens de geldende regelgeving registreren en in rekening brengen. Ook ziet de NZa erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan hun zorgplicht (toegankelijkheid van zorg) en dat de nota voor de cliënt transparant is. Signalen van regelovertreding bespreekt de NZa met zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Eventueel legt de NZa een maatregel op zoals een boete.

Zorgverzekeraars zien er op toe dat de declaraties van zorgaanbieders rechtmatig zijn. Indien zorgverzekeraars en zorgaanbieder vooraf afspraken hebben gemaakt in het kader van horizontaal toezicht, zien de zorgaanbieders er zelf op toe dat de zorg goed wordt geregistreerd en gedeclareerd.
Indien er signalen zijn van mogelijke fraude door een zorgaanbieder, kan dit leiden tot nader onderzoek door de zorgverzekeraar.

3. Aard, omvang en impact van fraude in de ggz

3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingebracht zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de ggz. Deze fraudevormen zijn voorgelegd aan de expertgroep, en gezamenlijk nader gespecificeerd en aangevuld. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van voorkomende fraudevormen in de ggz geleid.

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Onbevoegde behandelaar/ geen juiste toepassing regiebehandelaarschap
- Misbruik van AGB code van zorgverlener die niet werkzaam is voor de aanbieder
- Onvoldoende veiligheid, onjuiste bejegening/bedreiging cliënten
- Onnodige/ondoelmatige zorg
- Onjuist gebruik van declaratieregels (zoals max tarieven, afsluitregels)
- Onterechte diagnoses stellen /onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren
- Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
- Meer uren declareren dan geleverd
- Teveel indirecte tijd declareren
- Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is
- Dubbel declareren (bv. zowel binnen Zvw als Wmo)
- Ondeugdelijk bestuur (bv. geen raad van toezicht, wegsluizen van winsten)
- Faillissementsfraude

Deze vormen lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de expertgroep.

Onbevoegde behandelaar/ geen juiste toepassing regiebehandelaarschap
Bij sommige fraudesignalen wordt gezien dat de regiebehandelaar onvoldoende gekwalificeerd is of onvoldoende wordt ingezet. Ook wordt zorg soms verleend door andere (ondeskundige) personen dan geregistreerd. Een zorgverzekeraar ziet bijvoorbeeld dat een regiebehandelaar veelvuldig wordt opgevoerd, maar gezien de caseload niet de tijd aan cliënten kan besteden die je conform de kwaliteitsnormen zou verwachten. De zorg wordt dan naar verwachting vooral geleverd door minder gekwalificeerde zorgverleners. Dit kan betekenen dat de zorg niet rechtmatig wordt gedeclareerd en/of de cliënt niet de benodigde kwaliteit van zorg krijgt.

Misbruik van AGB code van zorgverlener die niet werkzaam is voor de aanbieder
Om ggz te kunnen declareren is een AGB code van een regiebehandelaar noodzakelijk. Vandaar dat er fraudevormen worden gezien zoals het verkopen/verhuren of misbruiken van AGB codes van regiebehandelaren die in feite niet werken voor de zorginstelling.

Onvoldoende veiligheid, onjuiste bejegening/bedreiging cliënten
In de signalen die met het IKZ worden gedeeld zien we soms dat cliënten onjuist worden bejegend of zelfs bedreigd, veelal gepaard gaande met te weinig of slechte zorg.

Onnodige/ondoelmatige zorg
Voorbeelden van het leveren van onnodige/ondoelmatige zorg zijn het onnodig langer doorbehandelen om in een hogere productgroep uit te komen, of het stellen van meerdere (opeenvolgende) diagnosen om een cliënt langer te kunnen behandelen.

Onjuist gebruik van declaratieregels
De NZa stelt regels op voor registeren en declareren in de ggz. Soms worden deze regels overtreden, het gaat dan bijvoorbeeld over declareren boven het maximale tarief, of het vroegtijdig afsluiten en daarna opnieuw openen van een dbc om extra te kunnen declareren.

Onterechte diagnoses stellen /onverzekerde zorg als verzekerde zorg declareren
Niet alle diagnoses komen in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering. Zo wordt de behandeling van een aanpassingsstoornis of burn-out niet vergoed. Om dit te omzeilen, kan een behandelaar een diagnose aanpassen zodat de zorg alsnog gedeclareerd kan worden.

Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
Een zorgverzekeraar ziet bijvoorbeeld dat er ggz wordt gedeclareerd terwijl er geen ggz is geleverd maar bijvoorbeeld Wmo-zorg, yoga of fysiotherapie. Fysiotherapie kan in specifieke gevallen een onderdeel zijn van een (klinische) dbc, maar mag niet de hoofdvorm van de geleverde zorg zijn. Een ander voorbeeld is dat basis ggz wordt gedeclareerd als specialistische ggz. Of dat er individuele behandeling wordt gedeclareerd terwijl er groepsbehandeling is geleverd. Een zorgverzekeraar ziet ook dat er bijvoorbeeld relatief dure ambulante zorg wordt gedeclareerd in plaats van klinische dbc's (waarbij sprake is van verblijf), vermoedelijk om het machtigingsbeleid (bij verblijf) van de zorgverzekeraar te omzeilen.

Meer uren declareren dan geleverd
De klassieke 'upcoding': er wordt meer tijd in rekening gebracht dan geleverd, consulten worden 'opgeplust'. Door meer tijd te registreren kan een hogere productgroep binnen de dbc worden gedeclareerd.

Teveel indirecte tijd declareren
Conform de huidige regels mag indirecte patiëntgebonden tijd in de dbc worden geregistreerd, maar er zijn wel regels over wat wel en niet geldt als indirecte patiëntgebonden tijd. Zo is het niet toegestaan administratieve zaken zoals het

inplannen van een nieuwe afspraak, het bellen van een patiënt om een afspraak te verzetten, het sturen van een mail, et cetera, te declareren.
In 2019 heeft het IKZ extra aandacht besteed aan instellingen die opvallend hoge winsten maken. In de ggz blijken veel van deze instellingen bovengemiddeld veel indirecte tijd te declareren: een signaal dat het registreren van indirecte tijd mogelijk onrechtmatig wordt ingezet om meer omzet te genereren.

Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is

Er zijn ook signalen van het declareren van consulten of behandelingen die in het geheel niet hebben plaatsgevonden.

Dubbel declareren

Bij dubbel declareren is er bijvoorbeeld sprake van het declareren van dezelfde zorg binnen verschillende domeinen, zoals binnen de Zvw en de Wmo. Ook komt het voor dat de zorg zowel bij de cliënt zelf als bij de verzekeraar in rekening wordt gebracht. Een voorbeeld is dat de cliënt gevraagd wordt de behandeling ter plekke te betalen, of een eigen bijdrage af te rekenen, terwijl deze ook gedeclareerd wordt bij de verzekeraar.

Ondeugdelijk bestuur

Het IKZ krijgt signalen van instellingen waarbij sprake is van ongewenste zaken die we scharen onder noemer 'ondeugdelijk bestuur'. Voorbeelden zijn dat er geen raad van toezicht is, of dat er winsten worden weggesluisd. Er is sprake van onvoldoende transparantie over de kwaliteit en rechtmatigheid van zorg. De expertgroep geeft aan dat hier voorbeelden van bekend zijn maar dat het om een kleine groep aanbieders gaat. Daarbij wordt benadrukt dat het binnen de ggz mogelijk is om op rechtmatige wijze hoge winsten te boeken, bijvoorbeeld door eenmanszaken die veel uren per week maken en weinig (overhead) kosten hebben.

Faillissementsfraude

Tot slot zien we ook in de ggz voorbeelden van aanbieders die, terwijl een onderzoek naar fraude loopt, (vermoedelijk opzettelijk) failliet gaan. Vervolgens kan de onderneming onder een nieuwe naam doorstarten en onder de radar blijven.

Frauderisico's in het nieuwe Zorgprestatiemodel

Omdat er vanaf 2022 een nieuwe bekostiging is voor de ggz (zoals beschreven in paragraaf 2.3) zullen vanaf dat moment de frauderisico's in de sector deels veranderen. Een van de doelen van de nieuwe bekostiging is het verwijderen van ongewenste prikkels uit het systeem. Zo verdwijnt de prikkel om telkens net meer tijd te schrijven/te besteden om zo over de grens van een nieuwe productgroep te gaan en een hoger bedrag te kunnen declareren. Ook telt indirecte tijd niet meer mee voor de declaratie en wordt er geen indirecte tijd meer geschreven. Indirecte tijd is reeds als opslag op het tarief van de directe tijd meegenomen in de nieuwe bekostiging. Hiermee wordt voorkomen dat er, zoals nu soms het geval is, indirecte tijd wordt gedeclareerd die niet mag worden geschreven.
Ook is het in de huidige situatie zo dat als er ergens in de behandeling tijd door de regiebehandelaar wordt geschreven, de rest van de uren in de behandeling door lager personeel kan worden geschreven, met mogelijk gevolgen voor de kwaliteit van de zorg. In het nieuwe bekostigingsmodel wordt voor de declaratie uitgegaan van het aantal consulten, de setting waar de zorg wordt geleverd en de beroepsgroep die de zorg levert. Iedere beroepsgroep heeft daarbij een eigen tarief. Hierdoor is het niet meer mogelijk is om lager geschoold personeel in te zetten tegen een hoog tarief. Daarnaast is de verwachting dat declaraties hierdoor beter controleerbaar worden.
Het is overigens wel mogelijk dat de nieuwe bekostiging weer nieuwe frauderisico's met zich meebrengt. Zo kunnen er bijvoorbeeld mogelijk langere consulten worden gedeclareerd dan daadwerkelijk gerealiseerd, of wordt mogelijk een verkeerde setting gekozen om een hoger bedrag te kunnen declareren. De NZa heeft een uitvoeringstoets uitgevoerd op fraude en handhaving van het nieuwe bekostigingsmodel, en gaat mogelijke frauderisico's in het nieuwe systeem monitoren*.

*Toets op fraude en handhaving van het 'Zorgprestatiemodel ggz en fz'. NZa, 14 juli 2020.

3.2 Omvang van de fraude(signalen)

Zoals ook voor andere zorgsectoren geldt, is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de totale omvang van fraude in de ggz. Zo is fraude niet altijd zichtbaar, en ook worden niet alle signalen van fraude onderzocht. En ook met onderzoek is het vaak moeilijk fraude aan te tonen, onder andere omdat hiervoor opzet dient te worden aangetoond.

Om toch iets over de omvang van het frauderisico in de ggz te kunnen zeggen, rapporteren we hier over het aantal signalen dat IKZ-partners hebben samengebracht in het Verzamelpunt Zorgfraude, het aantal signalen van fraude dat zorgverzekeraars rapporteren, en de omvang van de vastgestelde fraude door zorgverzekeraars.

Aantal signalen bij het IKZ

Tabel 3. *Aantal signalen over ggz gedeeld binnen het IKZ*

Jaar	Aantal signalen
2018	61
2019	67
2020	51

In de afgelopen periode zijn er per jaar zo'n 50 tot 60 signalen van fraude in de ggz bij het IKZ gemeld. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al of niet melden bij het IKZ, en de criteria hierbij kunnen verschillen. Daarbij betreft een fraudesignaal ook niet (altijd) vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de ggz.

Wel constateren we dat de ggz zowel in 2019 als 2020 in de top 4 stond van de zorgsoorten waarover de meeste fraudemeldingen bij het IKZ zijn gedaan. In vergelijking met de meeste andere sectoren lijkt het frauderisico in de ggz daarom relatief hoog.

Aantal signalen bij zorgverzekeraars

In een vragenlijst is aan acht zorgverzekeraars gevraagd hoeveel signalen van fraude in de ggz zij hebben ontvangen in 2019 en 2020. Alle acht zorgverzekeraars hebben deze vragenlijst ingevuld.

Het aantal gerapporteerde signalen verschilt sterk per zorgverzekeraar. Vijf van de acht zorgverzekeraars hebben in deze periode van twee jaar (2019-2020) tussen de tien en de twintig signalen ontvangen, maar er zijn ook uitschieters naar boven: twee zorgverzekeraars rapporteren respectievelijk 62 en 151 signalen in totaal. Het aantal verzekerden van de zorgverzekeraar is hiervoor niet de verklaring, aangezien de zorgverzekeraar die 151 signalen rapporteert relatief klein is.

Een verklaring voor de verschillen is deels gelegen in de selectiecriteria die verzekeraars toepassen bij het rapporteren van een fraudesignaal, sommige rapporteren alle signalen, en anderen alleen de signalen die zijn onderzocht of als onderzoekswaardig zijn beoordeeld. Maar ook dit is niet de enige verklaring, aangezien sommige (relatief grote) zorgverzekeraar aangeven al hun signalen opgegeven te hebben, en toch een relatief laag aantal rapporteren.

Te concluderen is dat vanwege verschillende werkwijzen en criteria van zorgverzekeraars, de aantallen fraudesignalen niet zomaar bij elkaar kunnen worden opgeteld om zo een indruk te krijgen van het totaal aantal fraudesignalen.

Vastgestelde fraude

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rapporteert jaarlijks over de aantallen vastgestelde fraude door zorgverzekeraars. In tabel 4 is weergegeven hoeveel fraude er in de jaren 2017-2019 door zorgverzekeraars in de ggz is vastgesteld.

***Tabel 4.** Vastgestelde fraude in de ggz door zorgverzekeraars*[15]

Jaar	Relatief aandeel totale fraude	Fraude bedrag
2017	14%	€3,8 miljoen
2018	26%	€5,3 miljoen
2019	2%	€1,6 miljoen

Bron: Rapportages resultaten fraudebeheersing 2017-2018-2019, Zorgverzekeraars Nederland

In de periode van 2017 t/m 2019, werd in 2018 zowel in absolute als relatieve zin de meeste fraude in de ggz vastgesteld. De sector ggz kwam in dat jaar op de tweede plaats van alle zorgsectoren wat betreft de omvang van de fraude. In 2017 kwam de sector ggz op de derde plaats. In 2019 is relatief en absoluut een opvallend laag fraudebedrag in de ggz vastgesteld. Uit de rapportage blijkt echter dat er dat jaar veel onderzoeken waren waarbij fraude in de ggz weliswaar niet kon worden vastgesteld, maar het vermoeden bleef bestaan. Met deze onderzoeken is nog een aanvullend bedrag van €4,2 miljoen gemoeid (in de overige jaren was dat bedrag ongeveer €0,5 miljoen).

Signalen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg

Hoewel dit rapport gaat over fraude, is gebrekkige kwaliteit van de zorg ook een relevant aspect, aangezien er een duidelijke samenhang is tussen signalen over fraude en onvoldoende kwaliteit. We noemen hier daarom enkele cijfers over meldingen met betrekking tot kwaliteit van de ggz, gebaseerd op rapportages van de IGJ.

In het Jaarbeeld 2019 rapporteert de IGJ 490 meldingen van zorgaanbieders of zorgverleners over incidenten in de ggz. Deze sector komt daarmee op de vijfde plaats van alle zorgsectoren. Deze meldingen betreffen bijvoorbeeld calamiteiten zoals suïcides/suïcidepogingen, geweld in de zorgrelatie, ontslag vanwege disfunctioneren of seksueel overschrijdend gedrag.
De IGJ ontvangt ook klachten van burgers. In 2019 werden 1.181 klachten ontvangen over ggz, de sector komt daarmee op de eerste plaats wat betreft het aantal klachten. Het gaat bij deze klachten vooral om (onvoldoende) professioneel handelen, het oneens zijn met medisch handelen, de bejegening, en gebruik van dwang- en drang.

3.3 Impact van de verschillende fraudevormen

Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact.

Wat betreft de financiële impact kunnen we weinig harde conclusies trekken. We weten niet wat de totale financiële omvang van fraude in de ggz is (slechts de vastgestelde fraude zoals in tabel 4 weergegeven), laat staan dat we kunnen zeggen wat de financiële impact per fraudevorm is. Wel kan algemeen gesteld worden dat naarmate een fraudevorm vaker voorkomt, de financiële impact hiervan waarschijnlijk groter zal zijn.

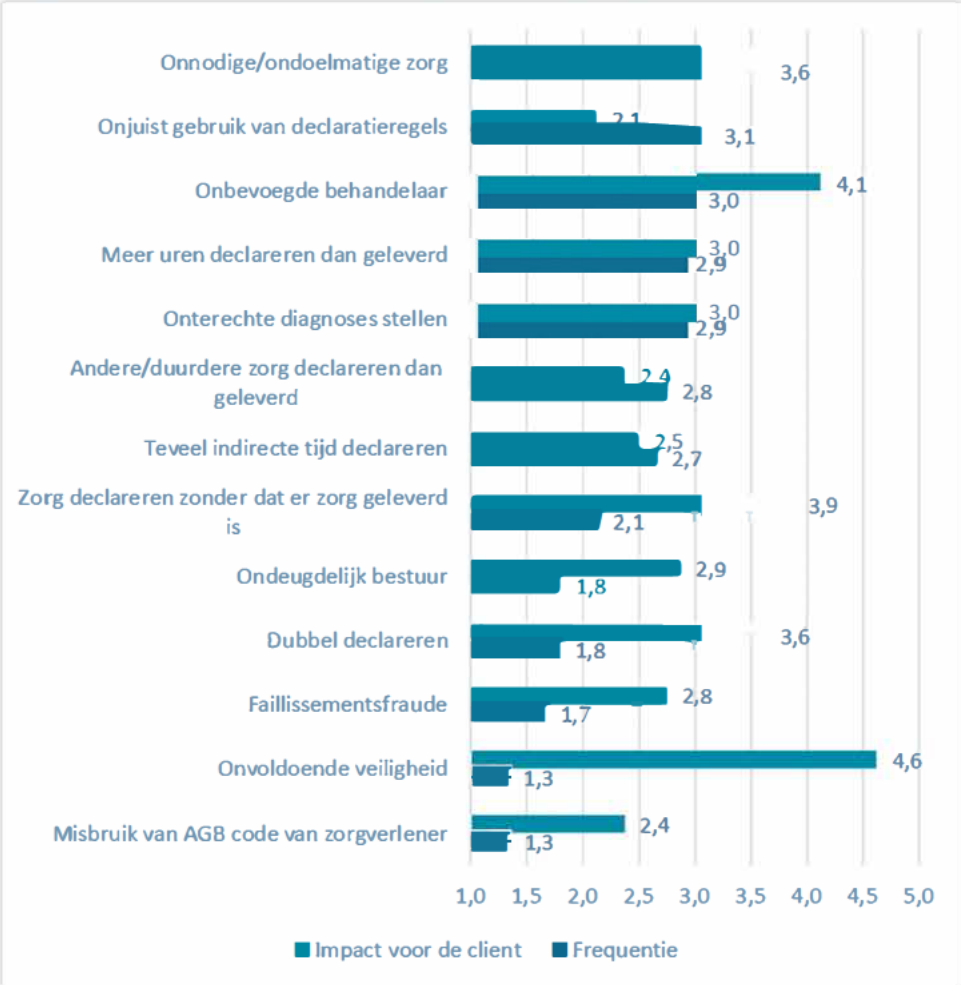
In de vragenlijst voor zorgverzekeraars zijn de verschillende fraudevormen, die in overleg met de expertgroep zijn vastgesteld, voorgelegd. Hierbij is de vraag gesteld

[15] De organisaties van zorgverzekeraars zijn zo ingericht dat de afdelingen speciale zaken/bijzonder onderzoek/veiligheidszaken van zorgverzekeraars de onderzoeken uitvoeren voor zorgkantoren.

hoe vaak men deze fraudevorm ziet, binnen de eigen ggz-signalen. Ook is per fraudevorm gevraagd hoe men de impact voor de cliënt, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm, inschat. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5[16].

In figuur 1 zijn de gemiddelde scores van de zorgverzekeraars weergegeven op de vragen naar de frequentie en de impact van de verschillende fraudevormen.

***Figuur 1:** Frequentie en impact van fraudevormen volgens zorgverzekeraars*



Bron: vragenlijst onder 8 zorgverzekeraars

[16] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt vrijwel nooit voor' en score 5 voor 'dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.

De fraudevorm die zorgverzekeraars het meest zien is het leveren van onnodige of ondoelmatig zorg (bijvoorbeeld het langer doorbehandelen om in een hogere productgroep uit te komen). Andere fraudevormen die relatief vaak voorkomen zijn het onjuist gebruik van declaratieregels (bijvoorbeeld dbc op een gunstig moment afsluiten en een nieuwe openen), zorg leveren door een onbevoegde behandelaar, meer uren declareren dan geleverd en het stellen van onterechte diagnoses (veelal om onverzekerde zorg als verzekerde zorg te kunnen leveren).

Als we kijken naar de negatieve impact voor de cliënt, komen deels andere fraudevormen naar voren. Logischerwijs zijn het vooral de fraudevormen die resulteren in onvoldoende veiligheid, onvoldoende kwaliteit en/of kwantiteit van de zorg, die een negatieve impact hebben. Vanzelfsprekend wordt de negatieve impact van onvoldoende veiligheid als zeer ernstig beoordeeld, en ook het leveren van zorg door een onbevoegde behandelaar, het declareren van zorg zonder dat er zorg geleverd is en het dubbel declareren worden als ernstig voor de cliënt beschouwd (deze laatste waarschijnlijk vooral in financieel opzicht).

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 5 is onderscheid gemaakt naar fraudevormen met hoge frequentie en/of impact[17].

Indien in de fraudeaanpak geprioriteerd zou worden op fraudevormen waarvan de zowel de impact als de frequentie hoog lijkt te zijn, komen (de bovenste) vijf fraudevormen naar voren. Het gaat hierbij vooral om zaken waarbij onnodige of onvoldoende zorg wordt geleverd, door onbevoegde personen en waarbij teveel wordt gedeclareerd.

Tabel 5. *Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact*

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor de cliënt
Onnodige/ondoelmatige zorg leveren	X	X
Onbevoegde behandelaar	X	X
Meer uren declareren dan geleverd	X	X
Onterechte diagnoses stellen	X	X
Teveel indirecte tijd declareren	X	X
Onjuist gebruik van declaratieregels	X	
Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd	X	
Onvoldoende veiligheid		X
Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is		X
Ondeugdelijk bestuur		X
Faillissementsfraude		X

Bron: vragenlijst onder 8 zorgverzekeraars

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de ggz

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in sector ggz:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

[17] Voor 'hoog' is uitgegaan van een score van 2,5 of hoger.

Aan de hand van deze vijf elementen hebben we hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, gebaseerd op onze kennis en ervaring op het gebied van zorgfraude. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken van de sector ggz die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, dat wederom is voorgelegd in een vragenlijst aan zorgverzekeraars.

Het vervolg van dit hoofdstuk benoemt allereerst deze kenmerken, en de input die de expertgroep hierop heeft geleverd, om vervolgens aan de hand van het oordeel van de experts en zorgverzekeraars in te gaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdrage leveren aan de frauderisico's in de ggz.

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

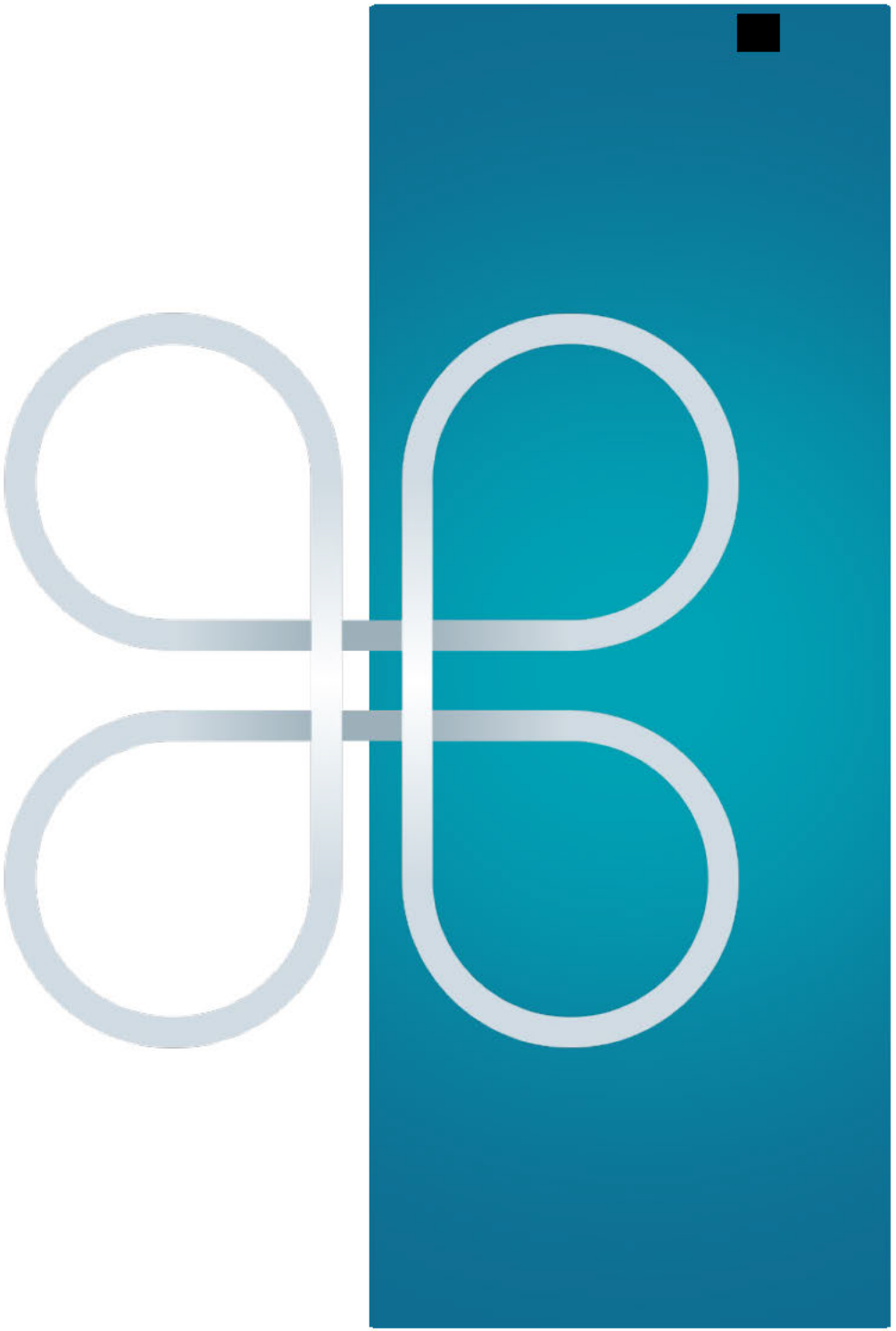
Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de ggz is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Afbakening begrip ggz conform TIZ begrippenkader

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Ggz	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden. **Bron: Besluit Zvw, artikel 1.**	Om overlap met andere begrippen uit te sluiten beperken we ons bij dit begrip tot de *geneeskundige* ggz. De Geneeskundige ggz omvat de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. Deze zorg wordt vergoed vanuit de Zvw. Als een verzekerde langer dan 3 jaar verblijft in een instelling in verband met de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, wordt dit verblijf met behandeling na het derde jaar betaald uit Wlz. NB. De omschrijving noemt zorg **zoals** klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, in de praktijk gaat het om meer soorten zorgverleners (zie 'zorgverleners'). Zorg bij psychische problemen die bekostigd wordt vanuit de Wmo of de jeugdwet, en zorg door huisartsen en praktijkondersteuners, zijn bij dit begrip uitgesloten. Voor die zorg zijn andere begrippen beschikbaar (bijvoorbeeld Beschermd wonen, Begeleiding, Jeugdhulp en Huisartsenzorg).	Wettelijk kader: Zvw, Wlz, aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: personen (>18) met een psychische stoornis (volgens de DSM) Zorgverleners: Het Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ beschrijft welke beroepen, genoemd in de Wet BIG, het regiebehandelaarschap mogen vervullen.



ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Rapport
Frauderisico's in de jeugdhulp

Juli 2021

ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 4
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector jeugdhulp ... 4
   2.1 Afbakening van het begrip jeugdhulp ... 4
   2.2 Kengetallen sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de jeugdhulp ... 10
   3.1 Omvang ... 10
   3.2 Aard ... 11
   3.3 Impact ... 14
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de jeugdhulp ... 15
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het risico op fraude ... 16
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het risico op fraude ... 20
5. Conclusie ... 23

Bijlage ... 26

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot Zorgbrede Risico Analyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd welke meegenomen moeten worden in dit vervolgonderzoek naar risico's, en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. De jeugdhulp is één van deze sectoren, omdat nog weinig bekend is over fraudeproblematiek in de jeugdhulp.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de jeugdhulp aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector jeugdhulp die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht, zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kernmerken van de sector jeugdhulp

1. Wat is de definitie van jeugdhulp en welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengentallen van de jeugdhulpsector, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van jeugdhulpverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op de jeugdhulp?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op jeugdhulp?

Aard, omvang en ernst van fraude in de jeugdhulp

6. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de jeugdhulp?
7. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van fraude in de jeugdhulp?
8. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de jeugdhulp

5. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de jeugdhulp, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de jeugdhulp[2]?

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is deskresearch gedaan naar kengetallen en de kenmerken van de sector, zoals de geldende wet- en regelgeving in de jeugdhulp.
- Daarna is een expertgroep georganiseerd waarin fraudevormen in de jeugdhulp zijn besproken en knelpunten zijn benoemd die frauderisico's in de jeugdhulp kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over de sector die kunnen bijdragen aan het frauderisico. De expertgroep betrof vijf gemeentelijke experts op het gebied van jeugdhulp van vier gemeenten en een senior inspecteur van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).
- De fraudevormen en hypothesen zijn hierna in een vragenlijst voorgelegd aan de Nederlandse gemeenten om te toetsen of deze bevestigd worden. Daarnaast is via de vragenlijst informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019 en 2020 over jeugdhulp zijn ontvangen door gemeenten. In totaal is de vragenlijst 36 keer ingevuld[3].

2. Kenmerken van de sector jeugdhulp

2.1 Afbakening van het begrip jeugdhulp

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[4], beperken we ons het met het begrip jeugdhulp tot de volgende definitie:

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

[3] Hiervan is de vragenlijst vier keer ingevuld door een zorgregio die meerdere gemeenten betreft, waardoor de antwoorden betrekking op in totaal 58 gemeenten. Dit aantal betreft 16% van het totaal aantal Nederlandse gemeenten en zijn zowel gemeenten die zijn aangesloten bij het IKZ als niet-aangesloten gemeenten.

[4] Zie bijlage.

Jeugdhulp omvat zorg en ondersteuning die door zorgaanbieders wordt aangeboden en geleverd aan jeugdigen en wordt bekostigd uit de Jeugdwet

De Jeugdwet stelt dat een jeugdige jonger is dan achttien jaar. In de Jeugdwet staat specifiek omschreven dat jeugdhulp gaat om ondersteuning, hulp en zorg bij:

1. psychische problemen en stoornissen, psychiatrische aandoeningen of beperkingen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptie-gerelateerde problemen;
2. somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperkingen.

Jeugdhulp betreft alle vormen van zorg en ondersteuning die door zorgaanbieders wordt aangeboden en geleverd en wordt bekostigd uit de Jeugdwet. Zo valt bijvoorbeeld jeugd-ggz niet onder ggz, maar onder jeugdhulp. In de Jeugdwet wordt naast jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering genoemd. Deze zorg wordt geboden in gedwongen kader door gecertificeerde instellingen en niet door zorgaanbieders en valt daarom buiten de scope van dit onderzoek.

Een zorgaanbieder van jeugdhulp kan een natuurlijke persoon, een rechtspersoon of een solistisch werkende jeugdhulpverlener zijn die jeugdhulp verleent onder verantwoordelijkheid van het college van burgemeesters en wethouders.

2.2 Kengetallen sector

Aantal cliënten

Jeugdhulp is beschikbaar voor jeugdigen tot 18 jaar. In uitzonderlijke gevallen kan de jeugdhulp worden voortgezet tot de leeftijd van 23 jaar. Uit de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat van alle ruim 4,4 miljoen jongeren in de leeftijd tot en met 22 jaar 9,6% jeugdhulp kreeg in 2019[5], dit zijn ruim **430.000 jongeren**. Als de groep van 18 tot en met 22 jaar buiten beschouwing wordt gelaten, ontving 12,2% van alle jongeren jeugdhulp in deze periode. Vanaf 2015 is het aantal jongeren dat gebruik maakt van jeugdhulp elk jaar toegenomen. In 2019 is dit aantal met 18,6% toegenomen ten opzichte van 2015.

Van de ruim 430.000 jongeren (tot en met 22 jaar) maakten **20.000 jongeren** gebruik van een persoonsgebonden budget (pgb) voor jeugdhulp. Van deze 20.000 jongeren ontvingen 14.000 jongeren naast pgb-hulp ook jeugdhulp middels zorg in natura (ZiN). 6.000 jongeren maakten alleen gebruik van jeugdhulp middels het pgb.

Het merendeel, bijna **424.000 jongeren** ontving dus jeugdhulp in natura (waarvan 14.000 jongeren gecombineerd met een pgb). Van deze jongeren ontving bijna 90% jeugdhulp zonder verblijf. Dit betrof bij 69% van de jongeren ambulante jeugdhulp op de locatie van de jeugdhulpaanbieder en bijna 19% kreeg jeugdhulp van het wijk- of buurtteam van de gemeente.

Een jongere kan meerdere hulptrajecten tegelijkertijd of na elkaar doorlopen. In 2019 waren bij de 430.000 jongeren in totaal bijna **593 duizend jeugdhulptrajecten** actief.

Aantal aanbieders

Over het exacte aantal jeugdhulpaanbieders is weinig bekend. Naar schatting van de IGJ zijn in Nederland circa **6.000 jeugdzorgaanbieders**, dit is inclusief gecertificeerde instellingen die jeugdbescherming en jeugdreclassering bieden. Dit aantal baseert de IGJ op gegevens van de Kamer van Koophandel (KvK) en op bestanden van gemeenten[6].

[5] *Jeugdhulp 2019.* CBS, 2020.

[6] https://www.ftm.nl/artikelen/hoofdinspecteur-jeugd-over-controle-gigantische-groei-jeugdzorgaanbieders

De SVB heeft in 2020 aan ruim **4.900** zorgaanbieders (ondernemingen die staan ingeschreven bij de KvK) budget uitbetaald voor het verlenen van jeugdhulp middels het pgb. Dit betreffen aanbieders van jeugdhulp, jeugdreclassering en jeugdbescherming. Aan ruim **9.700 zorgverleners** (zelfstandig of in dienst zorgaanbieder) is pgb uitbetaald voor het leveren van jeugdhulp.

Contracteringsgraad

Er is weinig bekend over het totaal aantal jeugdhulpaanbieders dat door gemeenten is gecontracteerd. Gemeenten hebben alleen zicht op de zorgaanbieders die door de betreffende gemeente zijn gecontracteerd. Doordat voor jeugdhulpaanbieders geen verplichting geldt om zich te melden bij de IGJ, heeft de IGJ enkel zicht op de jeugdhulpaanbieders die zich hebben aangemeld of door gemeenten zijn aangemeld. Bij de IGJ is niet bekend welke jeugdhulpaanbieders door welke gemeente zijn gecontracteerd. Sommige gemeenten kopen gezamenlijk zorg in en contracteren jeugdhulpaanbieders in regionaal verband vanuit een samenwerkingsorganisatie.

Financiële omvang

Vanaf 2017 is een duidelijke stijging zichtbaar in de kosten voor jeugdhulp. In 2015 en 2016 waren de kosten voor jeugdhulp voor gemeenten €3,2 miljard respectievelijk €3,3 miljard. In 2019 waren de kosten voor jeugdhulp **€4,7 miljard**[7].

Volgens een analyse van Andersson Elffers Felix (AEF) worden de toenemende kosten vooral veroorzaakt door een achterblijvende uitstroom en langere jeugdhulptrajecten , waardoor de kosten per cliënt stijgen[8].

Uit cijfers van de SVB blijkt dat in 2020 in totaal €209 miljoen aan pgb voor jeugdzorg is toegekend. Hiervan is daadwerkelijk €75 miljoen uitbetaald aan zorgaanbieders en €72 miljoen aan zorgverleners, hierin kan overlap voorkomen. Hieruit kan worden afgeleid dat meer pgb wordt toegekend dan daadwerkelijk wordt gebruikt.

Verwijzers naar jeugdhulp

Van de ruim 593 duizend jeugdhulptrajecten in 2019 vonden ruim 33 duizend jeugdhulptrajecten plaats zonder verwijzer. Dit betreffen jeugdhulptrajecten waarvoor geen verwijzing nodig is, de zogenaamde vrij toegankelijke jeugdhulp. Bij het merendeel van de trajecten op basis van een doorverwijzing is de huisarts de verwijzer (38%)[9]. De gemeente was de verwijzer bij circa 33% van de trajecten. Op basis van cijfers over 2017 blijken er grote gemeentelijke verschillen te zijn in het aandeel verwijzingen van de huisarts (variërend van 12% tot circa 70%) en de gemeentelijke toegang (variërend van 10% tot circa 65%).

2.3 Kenmerken van de sector

In deze paragraaf beschrijven we de kenmerken van de jeugdhulpsector aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder
4. Registratie en declaratie
5. Toezicht

1. Toegang voor zorgaanbieders

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de jeugdhulp en schakelen jeugdhulpaanbieders in voor de uitvoering ervan. Voor de inkoop van

[7] *Stelsel in groei.* Andersson Elffers Felix, december 2020.

[8] *Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg.* Andersson Elffers Felix, 2020.

[9] *Jeugdhulp 2019.* CBS, 2020.

gemeentelijke zorg gebruiken de meeste gemeenten (90%) het inkoopinstrument *Open House*. Dit systeem houdt in dat gemeenten een overeenkomst aangaan met alle zorgaanbieders die voldoen aan de standaard voorwaarden en kwaliteitseisen. Hierbij worden contracten afgesloten met zorgaanbieders zonder aanbestedingsprocedure[10].

Jeugdhulpaanbieders moeten voldoen aan een aantal landelijke kwaliteitseisen volgens de Jeugdwet[11], zoals:

- Jeugdhulpaanbieders moeten werken met geregistreerde professionals. Iedereen die in de jeugdhulp werkt moet een Verklaring Omtrent Gedrag (VOG) hebben en zijn ingeschreven in het Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG)-register[12] of in het Kwaliteitsregister Jeugd (SKJ).
- Jeugdhulpaanbieders zijn verplicht tot het hebben van een vertrouwenspersoon, een klachtenregeling en –commissie en een cliëntenraad.

Een VOG moet voorkomen dat medewerkers met een strafblad in de jeugdhulp werken. Een BIG-registratie geeft aan dat een zorgverlener de juiste diploma heeft om de zorg te verlenen. Door SKJ-registratie wordt aangetoond dat jeugdhulpprofessionals voldoen aan de minimale kwaliteitseisen (zoals de juiste diplomering en een VOG) en werken volgens de voor hen geldende professionele standaarden. De professionele standaard bestaat uit de Beroepscode voor de Jeugd- en gezinsprofessional, de Richtlijnen Jeugdhulp en Jeugdbescherming en onderwerping aan het Tuchtreglement[13]. Deze professionele standaard ondersteunt professionals bij het maken en onderbouwen van keuzes in hun dagelijkse werk.

Echter kunnen ook professionals werkzaam zijn zonder SKJ-registratie. De Jeugdwet biedt jeugdhulpaanbieders de mogelijkheid professionals zonder registratie met bepaalde taken te belasten, bijvoorbeeld als werkzaamheden MBO-niveau betreffen of uitgevoerd worden door professionals in opleiding. Wel moet aannemelijk worden gemaakt dat de kwaliteit van de uit te voeren taken hierdoor niet nadelig wordt beïnvloed[14].

Voor gemeenten geldt geen verplichting om na te gaan of een zorgverlener bijvoorbeeld SKJ-geregistreerd is[15]. In aanvullingen op de landelijke kwaliteitseisen volgens de Jeugdwet kunnen gemeenten wel hun eigen aanvullende kwaliteitseisen stellen. Dat kan door bijvoorbeeld eisen te stellen aan personeel en organisatie van aanbieders, aan hoe ze de hulp en ondersteuning uitvoeren en aan wat de resultaten daarvan zijn[16].

Als een zorgaanbieder een contract heeft met een gemeente wordt de jeugdhulp geboden middels Zorg in Natura (ZiN). Bij jeugdhulp middels het pgb wordt de jeugdhulp niet ingekocht door een gemeente maar door de ouder(s) of verzorger(s) van een jeugdige. De zorgaanbieder sluit geen contract af met de gemeente, maar de gemeente is wel verantwoordelijk voor de financiering van het pgb. Een niet-gecontracteerde aanbieder valt net als een gecontracteerde aanbieder onder de kwaliteitseisen van de Jeugdwet en de gemeente kan tevens aanvullende kwaliteitseisen stellen.[17]

[10] https://www.nji.nl/nl/Nauwelijks-aanbesteding-bij-inkoop-Wmo-en-jeugdhulp
[11] https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2020-07-01#Hoofdstuk4
[12] https://www.bigregister.nl/
[13] https://skjeugd.nl/tuchtrecht/professionele-standaard/
[14] https://skjeugd.nl/professionals/jeugdhulpverlenersinformatie-voor-jeugdhulpverleners/
[15] https://skjeugd.nl/wp-content/uploads/2021/01/SKJ-brochure-FAQ-Gemeenten.pdf
[16] https://vng.nl/sites/default/files/2020-06/handreiking-kwaliteitscriteria-jeugdhulp-en-maatschappelijke-ondersteuning-voor-inkoop-digitale-versie.pdf
[17] https://www.toezichtsociaaldomein.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-moeten-wij-als-gemeente-doen-in-het-kader-van-de-kwaliteit-van-niet-gecontracteerde-jeugdhulpaanbieders-de-aanbieders-die-clienten-kunnen-inkopen-met-pgb.-moeten-wij-toezicht-houden-op-die-kwaliteit-of-is-de-inspectie-daarvoor-verantwoordelijk

Sinds de inwerkingtreding van de Jeugdwet in 2015 dienen gemeenten bij contracten met jeugdhulpaanbieders of accordering met verwijzing naar pgb-jeugdhulpverlening na te gaan of de aanbieders bekend zijn bij de IGJ. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de IGJ hebben vastgelegd dat gemeenten aanbieders die nog niet bekend zijn bij de IGJ melden via het Inspectieloket Jeugd. Vanaf 1 januari 2022 gaat de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in werking. Deze wet bevat nieuwe toegangsregels voor zorg – en jeugdhulpaanbieders. Voor nieuwe aanbieders van jeugdhulp geldt dan dat zij een meldplicht bij de IGJ hebben.

2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de toegang tot jeugdhulp en hebben de plicht om hulp en ondersteuning voor jeugdigen aan te bieden. Alle jeugdigen kunnen gebruik maken van vrij toegankelijke voorzieningen. Wanneer deze hulp niet toereikend is kunnen maatwerkvoorzieningen voorzien in passende hulp[18].

De volgende hulp valt onder jeugdhulp[19]:

- Jeugdhulp aan huis
- Jeugd-ggz
- Verblijf in een jeugdinstelling
- Pleegzorg
- Gezinshuis
- Kortdurend verblijf (zoals logeeropvang)
- Gesloten jeugdhulp bij ernstige problemen (JeugdzorgPlus)
- Jeugdzorg voor jongeren met een beperking (zoals dagbesteding en vervoer)

Via een huisarts, een medisch specialist of jeugdarts kunnen kinderen een indicatie krijgen voor jeugdhulp en doorverwezen worden voor een maatwerkvoorziening vanuit de Jeugdwet. Hiernaast heeft de gemeente beleidsvrijheid om andere professionals, zoals een (school)maatschappelijk werker of een sociaal wijkteam, de bevoegdheid te geven om een jeugdige te verwijzen naar jeugdhulp[20]. De meeste gemeenten hebben gekozen voor de toegang in de vorm van wijkteams met professionals[21].
Na een verwijzing staat nog niet vast welke jeugdhulp nodig is[22]. De jeugdhulpaanbieder bekijkt op basis van de verwijzing welke aard, omvang en duur van jeugdhulp gepast is. De jeugdhulpaanbieder dient zich bij de te kiezen jeugdhulp te houden aan de contractafspraken die met de gemeente zijn gemaakt en aan de regels die de gemeente bij verordening heeft gesteld.

De toegekende voorziening kan worden vastgelegd in een beschikking van het college. In deze beschikking legt het college de gemaakte afspraken over de te verlenen hulp met de jeugdige en ouders vast. Vanwege de rechtsbescherming van de jeugdige dient altijd een beschikking afgegeven te worden. Jeugdige en/of ouders hebben hiermee de mogelijkheid om bezwaar en beroep aan te tekenen tegen de in te zetten jeugdhulp. Niet elke gemeente legt de toegekende voorziening standaard vast in een beschikking, maar alleen als bijvoorbeeld ouders van de jeugdige hierom vragen. Afhankelijk van de gemeentelijke verordening gebeurt dat standaard of alleen op verzoek[23].

Een cliënt kan ervoor kiezen jeugdhulp in te kopen middels een pgb. Een jeugdarts of indicatiesteller bij de gemeente kan vaststellen of het pgb passend en geschikt is[24]. De ouders of verzorgers van een jeugdige kopen vervolgens hulp in bij een

[18] https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/Veel-gestelde-vragen-over-de-jeugdsector
[19] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/vraag-en-antwoord/vormen-jeugdhulp-jeugdzorg
[20] https://vng.nl/artikelen/veelgestelde-vragen-toegang
[21] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten
[22] https://vng.nl/sites/default/files/201502_factsheet_besluit_na_huisarts.pdf
[23] www.vng.nl/modelverordening
[24] https://www.zorgwijzer.nl/faq/jeugdzorg

niet-gecontracteerde jeugdhulpaanbieder. De gemeente betaalt het zorggeld aan de SVB en vervolgens betaalt de SVB de aanbieder die de hulp verleent.

Naast financiering vanuit ZiN en pgb wordt de hulp soms ook gefinancierd uit andere sociaal-domeinpotjes als tijdelijke oplossing. Dit kan in uitzonderlijke gevallen bijvoorbeeld via een maatwerkovereenkomst of betaalovereenkomst, als 'overbruggingsperiode'. Subsidies kunnen ook meegenomen worden als vorm van financiering. Voor zorg bekostigd uit de Jeugdwet hoeft de cliënt geen eigen bijdrage te betalen.

3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder

Er zijn verschillende vormen van jeugdhulp die geleverd worden door jeugdhulpaanbieders, zoals jeugd-ggz, ambulante jeugdhulp en pleegzorg[25]. Gemeenten moeten in hun verordening vastleggen welke jeugdhulpvormen onder een individuele voorziening vallen en welke onder overige voorzieningen. De gemeente maakt afspraken met de jeugdhulpaanbieder over de eisen en voorwaarden aan de te leveren hulp en in het jeugdhulpplan wordt vastgelegd welke aard, omvang en duur van de jeugdhulp wordt geleverd[26].

Een zorgaanbieder van jeugdhulp kan een natuurlijke persoon, een rechtspersoon of een solistisch werkende jeugdhulpverlener zijn die jeugdhulp verleent onder verantwoordelijkheid van het college van burgemeesters en wethouders. De hulp aan jeugdigen kan formeel (door een zorgorganisatie of een KvK-/BIG-geregistreerde zorgverlener) of informeel (door bijvoorbeeld een familielid) geleverd worden. De maximale tarieven voor formele zorgverleners liggen hoger dan de maximale tarieven voor informele zorgverleners.

4. Registratie en declaratie

Gemeenten contracteren jeugdhulpaanbieders aan de hand van één van de volgende drie bekostigingsvarianten: inspanningsgericht, outputgericht of taakgericht. Zo wordt bij outputgerichte bekostiging een bedrag verstrekt door de gemeente voor het realiseren van een resultaat per cliënt. De betaaltitels zijn arrangementen, gebaseerd op cliëntprofielen in combinatie met intensiteitsniveaus en te behalen resultaten. De gemeente betaalt aan de aanbieder een vooraf bepaald bedrag per cliënt om dit resultaat te behalen. In het contract met de gemeente staat vermeld welke productcodes en tarieven gehanteerd worden.

5. Toezicht

De IGJ ziet toe op de basiskwaliteitseisen die zijn opgenomen in de Jeugdwet. De IGJ verzamelt informatie, zoals calamiteiten en meldingen, en beoordeelt deze en doet indien nodig onderzoek. De uitkomsten van die onderzoeken kunnen reden zijn informatie uit te vragen bij de zorgaanbieder of op inspectiebezoek te gaan bij de organisatie. Als na een inspectiebezoek blijkt dat een jeugdhulporganisatie niet veilig is of blijkt dat geen verantwoorde jeugdhulp wordt geboden kunnen verschillende soorten maatregelen ingezet worden, zoals een bestuursrechtelijke maatregelen of straf- en tuchtrechtelijke maatregelen.

Een gemeente heeft geen wettelijke taak om toezicht te houden op de landelijke kwaliteitseisen uit de Jeugdwet. Echter zijn gemeenten wel verantwoordelijk voor een (kwantitatief en kwalitatief) toereikend en passend aanbod van jeugdhulp. De gemeente dient zich voor verstrekking af te vragen of de geboden hulp van voldoende kwaliteit is[27]. Daarbij kunnen gemeenten aanvullende eisen stellen die gericht zijn op het borgen en verbeteren van kwaliteit, ook als het gaat om zorg

[25] https://www.nji.nl/nl/Kennis/Publicaties/Veel-gestelde-vragen-over-de-jeugdsector
[26] https://vng.nl/artikelen/beschikking-of-verwijzing
[27] https://www.toezichtsociaaldomein.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wat-moeten-wij-als-gemeente-doen-in-het-kader-van-de-kwaliteit-van-niet-gecontracteerde-jeugdhulpaanbieders-de-aanbieders-die-clienten-kunnen-inkopen-met-pgb.-moeten-wij-toezicht-houden-op-die-kwaliteit-of-is-de-inspectie-daarvoor-verantwoordelijk

gefinancierd door middel van een pgb[28]. Het toezien op naleving van die aanvullende gemeentelijke kwaliteitseisen is aan de gemeente.

In de Jeugdwet is geen verplichting opgenomen voor gemeenten om een toezichthouder aan te wijzen. Wel verplicht de Jeugdwet gemeenten om bij verordening regels te stellen om misbruik of oneigenlijk gebruik van jeugdhulpvoorzieningen te bestrijden. De verantwoordelijkheid voor de rechtmatige besteding van jeugdhulp en het toezicht hierop ligt bij college van burgemeester en wethouders (B&W) van de financierende gemeente. Een toenemend aantal gemeenten richt het toezicht op de Jeugdwet in en stelt een toezichthouder rechtmatigheid aan.

Als de gemeente tot de conclusie komt dat de uitvoering, rechtmatigheid of de geleverde kwaliteit en veiligheid onvoldoende is kan tot handhaving worden overgaan. Er zijn verschillende vormen van handhaving denkbaar, zoals ontbinding van het contract (civielrechtelijk), intrekking van de beschikking, een terugvorderingsbesluit bij pgb (bestuursrechtelijk), een dwangsom of aangifte doen bij het OM (strafrechtelijk)[29].

3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de jeugdhulp

3.1 Omvang

Het is niet mogelijk een uitspraak te doen over de totale omvang van fraude in de jeugdhulp. Fraude is namelijk niet altijd zichtbaar en niet alle signalen van onrechtmatigheden en/of fraude worden onderzocht. Daarnaast is het ingewikkeld om zorgfraude aan te tonen en te bewijzen.

Om een beeld te krijgen van het aantal signalen van vermoedelijke fraude in de jeugdhulp, wordt in dit hoofdstuk gerapporteerd over het aantal signalen van fraude dat IKZ-partners hebben samengebracht in het Verzamelpunt Zorgfraude, het aantal signalen over de kwaliteit van jeugdhulp dat bij de IGJ bekend is, het aantal signalen van pgb-fraude dat bij de SVB bekend is en het aantal signalen dat bij gemeenten bekend is.
De fraudesignalen betreffen geen vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de jeugdhulp. Daarbij is het mogelijk dat overlap voorkomt tussen de aantallen signalen, het is niet bekend hoe groot deze overlap is. De signalen kunnen om deze reden niet bij elkaar opgeteld worden.

Aantal signalen bij het IKZ

Bij het IKZ zijn in 2019 en 2020 in totaal 44 signalen ingediend over zorgfraude door jeugdhulpaanbieders. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude die bij partners bekend zijn, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al dan niet melden bij het IKZ en de criteria hierbij kunnen verschillen. De meeste signalen die bij het IKZ bekend zijn gaan over fraude bij individuele begeleiding van jeugdigen, waarvan een deel in combinatie met wonen in een instelling. Daarnaast zijn signalen over ggz, dagbesteding en gehandicaptenzorg voor jeugdigen ingebracht. De signalen gaan veelal over hulp gefinancierd vanuit een pgb.

Aantal signalen bij de IGJ

Het aantal signalen dat is ingediend bij het IKZ komt overeen met het aantal signalen dat bekend is bij de IGJ. Daarnaast heeft de IGJ in 2019 51 meldingen ontvangen over calamiteiten die betrekking hebben op de kwaliteit van de jeugdhulp[30]. Dit betreffen meldingen die door de zorgaanbieders zijn gedaan bij de

[28] https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/Inkoop-jeugdhulp-door-gemeenten-Hoe-zit-het.pdf

[29] https://vng.nl/sites/default/files/2020-06/190521_drieluik-terugvorderen-wmo-2015-en-jeugdwet.pdf

[30] https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-over-meldingen/cijfers-meldingen-jeugdhulp

IGJ, zij zijn verplicht calamiteiten te melden bij de IGJ. Door de overgang naar een ander ICT-systeem zijn de meldingencijfers over jeugdhulp in 2020 nog niet bekend.

Aantal signalen bij de SVB

Bij de SVB is uitgevraagd hoeveel signalen van fraude bekend zijn over pgb-aanbieders binnen de Jeugdwet. In 2019 en 2020 zijn 109 signalen van fraude binnen de Jeugdwet bekend, dit betreffen ook gecertifieerde instellingen die buiten de scope van dit onderzoek vallen. Het exacte aantal signalen over enkel pgb-jeugdhulpaanbieders is niet bekend. Ook is niet bekend wat de aard is van de signalen.

Aantal signalen bij gemeenten

Volgens de gemeentelijke experts is het aantal signalen over jeugdhulp bij gemeenten klein. De indruk bestaat dat signalen over fraude rond jeugdhulp niet altijd worden aangemerkt of herkend als fraudesignaal en dus niet terechtkomen bij toezichthouders binnen het gemeentelijke domein. In veel gemeenten is het toezicht op de Jeugdwet namelijk nog niet (volledig) ingeregeld. Daarnaast richten gemeenten zich eerder op het aantonen van onrechtmatigheid in plaats van fraude. Het aantonen van moedwilligheid en het bewijzen van fraude is een grote stap en een lang traject. Het terugvorderen van geld vanwege onrechtmatigheid is makkelijker. Daarnaast kan het volgens de experts voor gemeenten te zwaar voelen om een onrechtmatigheid te melden bij het IKZ. Het is namelijk niet altijd duidelijk of er sprake is van opzettelijke onrechtmatigheid. Dat kan een van de redenen zijn dat veel signalen van onrechtmatigheid en fraude niet worden gemeld bij het IKZ.

Uit de enquêtes blijkt dat in 2019 per deelnemende gemeente (in totaal 36 gemeenten) gemiddeld 3,8 signalen van fraude in de jeugdhulp bekend zijn. In 2020 waren per gemeente gemiddeld 5,5 signalen van fraude in de jeugdhulp bekend. De signalen betreffen vermoedens in verschillende stadia, namelijk zowel lichte vermoedens als sterke vermoedens op basis van lopende of afgeronde onderzoeken.

Bij ongeveer een derde (13) van de deelnemende gemeenten aan dit onderzoek zijn geen signalen bekend uit 2019. Sommige gemeenten geven aan geen toezicht op de Jeugdwet te hebben geregeld waardoor geen/weinig fraudesignalen bekend zijn. Een aantal gemeenten zijn in 2020 gestart met de inrichting hiervan. Negen gemeenten hebben geen signalen ontvangen in 2020.

3.2 Aard

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingediend zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de jeugdhulp. Deze zijn door de expertgroep nader gespecificeerd en aangevuld. Bij de gemeenten is getoetst in hoeverre de fraudevormen herkend worden. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van voorkomende fraudevormen in de jeugdhulp geleid:

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Dubbel declareren
- Extra uren declareren bovenop de geïndiceerde uren
- Hulp declareren zonder dat er hulp is geleverd
- Andere/duurdere hulp declareren dan geleverd
- Onrechtmatige besteding van het pgb
- Onvoldoende kwaliteit
- Misbruik van persoonsgegevens
- Intimidatie en onder druk zetten van (ouders van) cliënten
- Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig
- Onnodige/ondoelmatige hulp leveren
- Misbruik en uitbuiting van cliënten
- Ondeugdelijk bestuur
- Faillissementsfraude

De bovengenoemde vormen van fraude en onrechtmatigheden lichten we hieronder nader toe.

Dubbel declareren

Bij signalen over dubbel declareren wordt bijvoorbeeld jeugdhulp bij de cliënt in rekening gebracht, terwijl de hulp al wordt vergoed door de gemeente. Zo moet de jeugdige bij wonen in een instelling bijvoorbeeld betalen voor de wooncomponent, de maaltijden en het vervoer terwijl deze hulp al wordt vergoed. Ook wordt gezien dat de hulp bijvoorbeeld ten laste van de Jeugdwet én de Wet passend onderwijs wordt gedeclareerd.

Extra uren declareren bovenop de geïndiceerde uren

In de signalen over jeugdhulpaanbieders wordt gezien dat meer uren gedeclareerd worden dan geïndiceerd. Hierbij wordt bijvoorbeeld met administratie en/of urenregistratie gesjoemeld en/of worden handtekeningen onder urenbriefjes vervalst. Er wordt bijvoorbeeld meer uren individuele begeleiding gedeclareerd dan is geleverd en geïndiceerd.

Hulp declareren zonder dat er hulp is geleverd

In signalen komt voor dat ‘spookzorg’ wordt gedeclareerd. Hierbij worden zorgmomenten gedeclareerd die niet zijn geleverd. Bijvoorbeeld: Een cliënt verblijft tijdens de schoolvakantie niet op de beschermd wonen locatie en op deze dagen wordt wel hulp gedeclareerd.

Andere/duurdere hulp declareren dan geleverd

Er wordt bijvoorbeeld verpleging gedeclareerd, waarvoor een hogere vergoeding geldt, terwijl persoonlijke verzorging is geleverd.

Onrechtmatige besteding van het pgb

In de signalen komt voor dat ouders/vertegenwoordigers een hulpvraag verzinnen, onterecht een pgb aanvragen en vervolgens het pgb niet inzetten voor hulpverlening. Gemeenten zien in de signalen dat het pgb wordt gebruikt als inkomensondersteuning. Ook komt voor dat jeugdigen/ouders zich aanmelden voor jeugdhulp door een specifieke zorgaanbieder die cliënten zonder hulpvraag ronselt. Zij zijn dan bijvoorbeeld benaderd door een zorgaanbieder of een kennis die zorgverlener is en spannen hiermee soms samen.

Bij signalen over beschermd wonen komt naar voren dat zorgaanbieders een deel van het pgb innen om de huur van de particuliere woning te betalen terwijl hiervan hulp ingekocht moet worden. Hierbij is de wooncomponent vaak niet gescheiden, wat inhoudt dat in de contracten met de zorgaanbieder dan niet staat dat het betalen van huur uit het arrangementstarief niet is toegestaan en gezien wordt als fraude. Dit komt ook bij ZiN voor.

Daarnaast komt voor dat minder budget is gebruikt dan is toegekend, maar wel het volledige pgb wordt gedeclareerd terwijl geen hulp is ingekocht.

Onvoldoende kwaliteit

Er wordt minder/andere hulp geleverd dan is geïndiceerd, waardoor een jeugdige niet de hulp krijgt die nodig is. Er wordt bijvoorbeeld alleen opvang geleverd terwijl ook zorg nodig is. Of er wordt geen 24-uurs toezicht gehouden terwijl dit nodig is. Ook komt voor dat hulp door onvoldoende gekwalificeerd personeel wordt geleverd. Volgens de expertgroep wordt personeel zonder de vereiste kwalificaties ingezet, omdat dat goedkoper is.

Misbruik van persoonsgegevens

Bij bijvoorbeeld het declareren van meer uren dan is geleverd worden handtekeningen van ouders/vertegenwoordigers van cliënten vervalst om de uren te kunnen declareren. Ook komen in signalen van het IKZ vermoedens voor dat bij de declaraties misbruik wordt gemaakt van DigiD's van cliënten om hulp te declareren die niet is geleverd.

Intimidatie en onder druk zetten van (ouders van) cliënten

Cliënten, ouders en/of vertegenwoordigers worden onder druk gezet om mee te werken aan het verkrijgen van een hogere indicatie dan nodig. In signalen komt hierbij intimidatie voor.

Bij cliënten die een combinatie van hulp en wonen nodig hebben wordt soms door zorgaanbieders de woning gekoppeld aan de hulp. De zorgaanbieder verhuurt een kamer aan de cliënt en als de cliënt geen hulp meer wil afnemen (bijvoorbeeld vanwege onvoldoende kwaliteit) wordt de cliënt uit de woning gezet.

Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig

Er wordt meer en/of zwaardere hulp aangevraagd dan nodig. Hierbij komt soms samenspanning met jeugdige/ouders/vertegenwoordigers voor, of ze worden onder druk gezet om de hulpvraag zwaarder aan te zetten. De jeugdige krijgt bijvoorbeeld contant geld aangeboden in ruil voor het meewerken aan het aanvragen van meer hulp. Ook komt in signalen voor dat cliënten met een lichte hulpvraag worden geronseld, waarvoor een beschikking wordt aangevraagd die niet nodig is.

Onnodige/ondoelmatige hulp leveren

In signalen komt voor dat het niveau en/of de duur van de hulp niet wordt afgeschaald terwijl minder (zware) hulp nodig is. Ook wordt gezien dat cliënten in de verlengde Jeugdwet worden houden en niet worden overgebracht naar de Wmo, omdat de tarieven in de Jeugdwet hoger zijn. Zorgaanbieders vragen soms ook een indicatie voor jeugdhulp vanuit de Jeugdwet aan via een externe verwijzer, terwijl de hulp vanuit de Zorgverzekeringswet gefinancierd zou moeten worden. Bijvoorbeeld bij persoonlijke verzorging die verband houdt met behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. Ook wordt gezien dat aanbieders die niet gecontracteerd zijn door gemeenten jeugdhulp declareren en hierbij druk opbouwen richting de gemeente om de hulp vergoed te krijgen.

Misbruik en uitbuiting van cliënten

In de signalen komen ook vermoedens van misbruik en uitbuiting van cliënten voor. Tijdens dagbesteding worden bijvoorbeeld cliënten ingezet als goedkope arbeidskracht of cliënten worden ingezet bij criminele activiteiten zoals illegale prostitutie en drugscriminaliteit.

Ondeugdelijk bestuur

In de signalen die het IKZ ontvangt is soms sprake van ondeugdelijk bestuur. Voorbeelden van een ondeugdelijk bestuur zijn het onterecht opvoeren van personeelskosten, het wegsluizen van hoge winsten via complexe en niet-transparantie bedrijfsstructuren (zoals veel verschillende betrokken ondernemingen, inzet katvangers, onderaannemers) of privéfacturen op de

zorgonderneming boeken om de winst te drukken en het niet op orde hebben van de administratie.

Faillissementsfraude

Tot slot zien we ook in signalen voorbeelden van jeugdhulpaanbieders die, terwijl een onderzoek naar fraude loopt, (vermoedelijk opzettelijk) een faillissement aanvragen. Vervolgens kan de onderneming het zorggeld wegsluizen en onder een nieuwe naam opnieuw starten en onder de radar blijven.

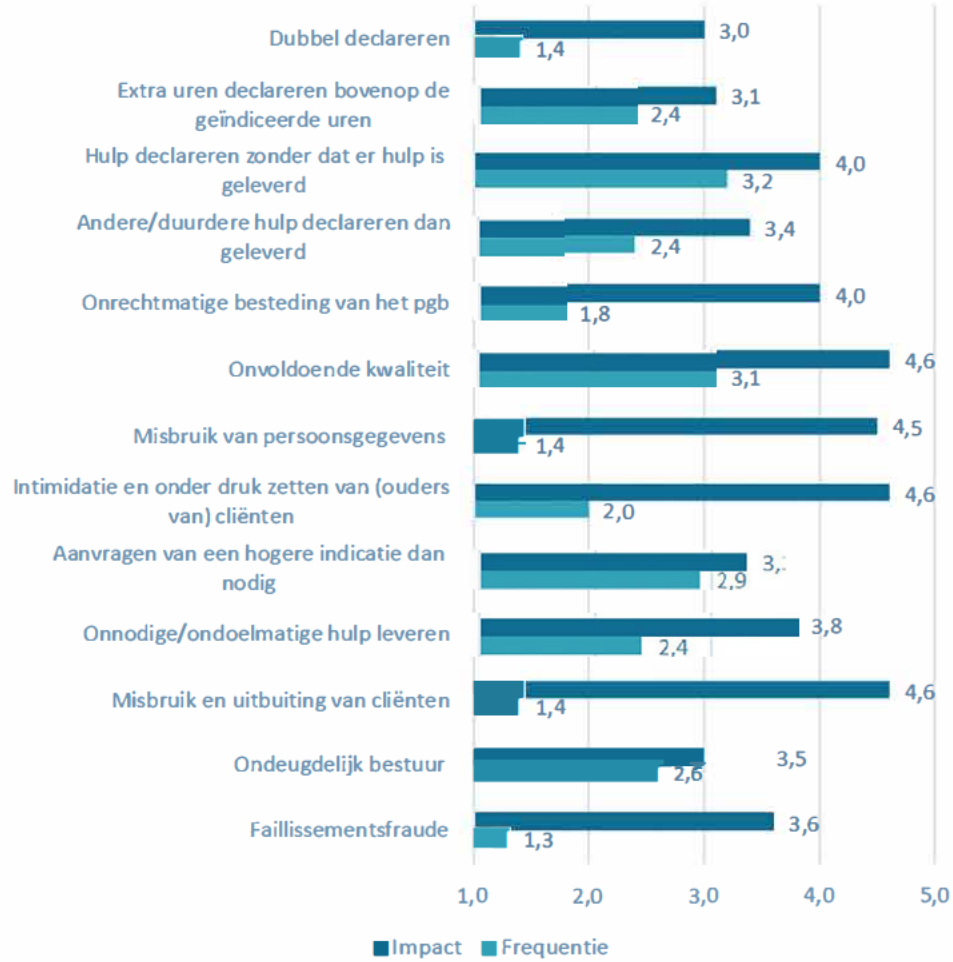
3.3 Impact

Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact.

Wat betreft de financiële impact kunnen we weinig harde conclusies trekken. Het is niet bekend wat de totale financiële omvang van fraude in de jeugdhulp is, waardoor ook niets gezegd kan worden over de financiële impact per fraudevorm. Wel kan algemeen gesteld worden dat naarmate een fraudevorm vaker voorkomt, de financiële impact hiervan waarschijnlijk groter zal zijn.

Aan de expertgroep en gemeenten is gevraagd in welke mate de bovengenoemde fraudevormen voorkomen in signalen. Daarnaast is gevraagd welke mate van impact de fraudevormen hebben op cliënten, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5[31]. In figuur 1 zijn de gemiddelde scores van de gemeenten weergegeven op de vragen naar de frequentie en impact van de verschillende fraudevormen.

***Figuur 1**. Frequentie en impact van fraudevormen volgens gemeenten*



[31] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt (vrijwel) nooit voor' en score 5 voor 'dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.

De fraudevorm die gemeenten het meest zien in signalen is het declareren van hulp zonder dat er hulp is geleverd. Andere fraudevormen die relatief vaak voorkomen zijn:

- Het declareren van andere/duurdere hulp dan geleverd
- Onvoldoende kwaliteit
- Het aanvragen van een hogere indicatie dan nodig
- Ondeugdelijk bestuur

De fraudevormen misbruik, uitbuiting, intimidatie en het onder druk zetten van cliënten en misbruik van persoonsgegevens komen vergeleken met andere fraudevormen weinig voor in de fraudesignalen. Daarentegen worden deze fraudevormen, en de fraudevorm onvoldoende kwaliteit van de hulp, beoordeeld als het meest impactvol voor de cliënten.

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om de frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 1 is onderscheid gemaakt naar fraudevormen met hoge frequentie en/of impact.

***Tabel 1**. Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact*

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor cliënt
Hulp declareren zonder dat er hulp is geleverd	x	x
Onrechtmatige besteding van het pgb		x
Onvoldoende kwaliteit	x	x
Misbruik van persoonsgegevens		x
Intimidatie en onder druk zetten van (ouders van) cliënten		x
Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig	x	
Onnodige/ondoelmatige hulp leveren		x
Misbruik en uitbuiting van cliënten	x	x
Ondeugdelijk bestuur	x	x
Faillissementsfraude		x

Uit de tabel is af te leiden dat de volgende vier fraudevormen zowel een hoge frequentie als een hoge impact voor cliënten hebben volgens gemeenten: Hulp declareren zonder dat er hulp is geleverd, onvoldoende kwaliteit, misbruik en uitbuiting van cliënten en ondeugdelijk bestuur.

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de jeugdhulp

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in sector jeugdhulp:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder
4. Registratie en declaratie
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen hebben we hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan het frauderisico. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken van de sector jeugdhulp die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, dat wederom is voorgelegd in een vragenlijst aan gemeenten.

In dit hoofdstuk worden deze kenmerken benoemd en de input die de expertgroep hierbij heeft geleverd. Vervolgens wordt aan de hand van het oordeel van de expertgroep en gemeenten ingegaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdragen leveren aan frauderisico's in de jeugdhulp.

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

5. Conclusie

Het IKZ doet onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Eén van deze sectoren is de jeugdhulp. Dit onderzoek heeft tot doel om aard, impact, omvang (voor zover bekend) en achtergronden/oorzaken van zorgfraude in de jeugdhulp in kaart te brengen.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

Bijlage

Jeugdhulp	Jeugdhulp is: 1. ondersteuning van en hulp en zorg, niet zijnde preventie, aan jeugdigen en hun ouders bij het verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen en stoornissen, psychosociale problemen, gedragsproblemen of een verstandelijke beperking van de jeugdige, opvoedingsproblemen van de ouders of adoptiegerelateerde problemen; 2. het bevorderen van de deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem en die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, en 3. het ondersteunen bij of het overnemen van activiteiten op het gebied van de persoonlijke verzorging gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij jeugdigen met een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking of een somatische of psychiatrische aandoening of beperking, die de leeftijd van achttien jaar nog niet hebben bereikt, met dien verstande dat de leeftijdgrens van achttien jaar niet geldt voor jeugdhulp in het kader van jeugdstrafrecht. **Bron: Jeugdwet, artikel 1.1**	Het begrip 'jeugdhulp' heeft een één op één relatie met hulp die vanuit de jeugdwet wordt geleverd. Dat betekent dat hulp of zorg voor kinderen die onder de Jeugdwet valt, onder het begrip Jeugdhulp wordt geregistreerd. Zo wordt bijvoorbeeld jeugd-ggz niet onder ggz maar onder Jeugdhulp geregistreerd. De jeugdwet stelt dat een 'jeugdige' < 18 is, behalve bij het jeugdstrafrecht.	<u>Wettelijk kader:</u> Jeugdwet <u>Kenmerken patiënten/cliënten:</u> jeugdigen met een somatische, verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke beperking, een chronisch psychisch probleem of een psychosociaal probleem (en hun ouders). <u>Zorgverleners:</u> divers, de Jeugdwet stelt wel kwaliteitseisen aan aanbieders, daarnaast kunnen gemeenten hun eigen aanvullende eisen stellen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Rapport
Frauderisico's in de mondzorg

ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 4
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector mondzorg ... 5
   2.1 Afbakening van het begrip mondzorg ... 5
   2.2 Kengetallen sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de mondzorg ... 8
   3.1 Omvang ... 8
   3.2 Aard ... 9
   3.3 Ernst en impact ... 10
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de mondzorg ... 12
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het frauderisico ... 12
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico ... 14
5. Conclusie ... 17

Bijlage ... 19

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot zorgbrede risico analyse (ZBRA) uitgevoerd door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd of deze onderdeel moeten worden van dit onderzoek naar risico's en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. Mondzorg is één van deze sectoren, omdat er op basis van casuïstiek hoge risico's worden ervaren.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de mondzorg aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht, zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

[1] Onze partners zijn: NZa, VNG, CIZ, Inspectie SZW, OM, IGJ, ZN, Belastingdienst en FIOD.

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kernmerken van de sector mondzorg

1. Wat is de definitie van mondzorg? Welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengentallen van de sector, zoals het totaal aantal zorgaanbieders, zorggebruik en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op mondzorg?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op de mondzorg?

Aard, omvang en ernst van fraude in de mondzorg

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de mondzorg?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van fraude in de mondzorg?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de mondzorg

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de mondzorg, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de mondzorg [2]?

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is er deskresearch gedaan naar de sector mondzorg, naar o.a. kengetallen en de regelgeving geldend voor de sector.
- Daarna is er een expertgroep georganiseerd met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) en een zorgverzekeraar waarin fraudevormen in de sector zijn besproken en knelpunten zijn benoemd die frauderisico's in de mondzorg kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over de sector mondzorg die bij kunnen dragen aan het frauderisico.
- Deze hypothesen zijn in een vragenlijst voorgelegd aan zorgverzekeraars om te toetsen of deze bevestigd worden. Tegelijkertijd is informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019 en 2020 over de mondzorg zijn ontvangen. In totaal is deze vragenlijst ingevuld door 6 zorgverzekeraars (3 grote en 3 kleine zorgverzekeraars).

2. Kenmerken van de sector mondzorg

In dit hoofdstuk wordt behandeld wat we precies verstaan onder de sector mondzorg. Daarnaast benoemen we de belangrijkste kenmerken van de sector. Vervolgens behandelen we onder andere de regelgeving die van toepassing is op toetredende zorgaanbieders in de mondzorg. Zo wordt een vraag als: 'Hoe is het toezicht in de sector georganiseerd?' ook beantwoordt.

2.1 Afbakening van het begrip mondzorg

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[3], beperken we ons het met het begrip mondzorg tot de volgende definitie:

Mondzorg: *Mondzorg betreft alle zorg rondom mond en gebit die gegeven wordt door onder meer tandartsen, tandartsassistenten, mondhygiënisten, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici.*

Zorg die *niet* onder het begrip mondzorg valt en dus geen deel uitmaakt van dit onderzoek is kaakchirurgie, dit valt onder medisch specialistische zorg. Ook valt mondzorg aan cliënten in een Wlz-instelling buiten het begrip mondzorg, omdat dit bekostigd wordt vanuit de Wlz. Mondzorg vanuit de Wlz valt onder de bijbehorende begrippen voor Wlz-instellingszorg, namelijk verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg of ggz.

2.2 Kengetallen sector

Aanbieders

Per 1 januari 2020 zijn er in Nederland volgens de KNMT (beroepsorganisatie van tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen) 9.502 actieve en geregistreerde tandartsen. Er zijn daarnaast 343 geregistreerde orthodontisten. Daarnaast zijn er nog andere specialistische beroepen zoals implantologen en gerodontologen in de sector actief, maar deze beroepen worden niet wettelijk erkend en zijn dus ook geen officiële aantallen van bekend.

Het precieze aantal tandartspraktijken in Nederland is niet bekend. Dit aantal is voortdurend in ontwikkeling, zeker in de afgelopen jaren waarin met name door tandheelkundige ketens veel praktijkovernames zijn gedaan. Een schatting op basis van gegevens uit de KNMT-tandartsenadministratie geeft aan dat anno 2021 het aantal tandartspraktijken rond de 4.400 ligt.[4]

Cliënten

Bijna iedereen maakt wel eens gebruik van mondzorg. Ongeveer 80% van de Nederlanders gaat minimaal 1x per jaar naar de tandarts. Ongeveer 40% gaat minimaal 1x per jaar naar de mondhygiëniste en iets meer dan 4% maakt minimaal 1x per jaar gebruik van de orthodontist.[5]

Financiële omvang

Op basis van CBS gegevens, wordt er aan mondzorg (Praktijken van tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen in de eerste lijn (tandtechnici vallen niet in deze

[3] Zie bijlage.

[4] Staat van de mondzorg, KNMT-onderzoek, via https://www.staatvandemondzorg.nl/organisatie-van-tandartspraktijken/algemene-tandartspraktijken/

[5] CBS, https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/10/meerderheid-volwassenen-tevreden-met-mondgezondheid

categorie)) in totaal 2972 miljoen euro in 2020[6] uitgegeven. Deze kosten kunnen onder worden verdeeld in uitgaven vanuit de Zorgverzekeringswet (voornamelijk mondzorg voor jeugdigen) 795 miljoen euro, 1686 miljoen euro vanuit de aanvullende verzekering, 58 miljoen euro eigen bijdragen en eigen risico en 433 miljoen euro directe eigen betalingen voor personen zonder aanvullende tandartsverzekering.

Gecontracteerde zorgaanbieders

Er zijn geen openbare gegevens over het aantal gecontracteerde aanbieders in de mondzorg. In 2015 werd geschat dat 30% van alle mondzorgpraktijken gecontracteerd waren.[7] Contracten in de mondzorg worden vaak afgesloten om bepaalde behandelingen, die uit de basisverzekering worden vergoed, rechtstreeks te kunnen declareren bij de zorgverzekeraar. Het gaat hier vaak om jeugdmondzorg of gebitsprothesen. In sommige gevallen hoeft een zorgverlener bij een contract geen machtiging aan te vragen voor specifieke complexe behandelingen.

2.3 Kenmerken van de sector

Toegang voor zorgaanbieders

Om toegang te krijgen tot de zorgmarkt gelden onder andere de volgende wetten en procedures voor aanbieders en/of zorgverleners van mondzorg:[8]

- Wet Toelating Zorgaanbieders (Wtza): een zorgaanbieder die mondzorg wil leveren, dient te beschikken over een Wtza-toelating. Hiervoor worden verschillende eisen gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot structuur, toezicht, financiële administratie en verantwoording. Ook introduceert de Wtza een meldplicht en een eis van een onafhankelijk intern toezichthouder.
- De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): hierin heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg . Zorgaanbieders moeten bijvoorbeeld een interne werkwijze hebben ingeregeld zodat medewerkers voorvallen in de zorg kunnen melden.
- Wet geneeskundige behandelovereenkomst (Wgbo): Op basis van de Wgbo moet de tandarts een dossier bijhouden voor elke patiënt, deze informeren over de mogelijke risico's van behandelingen en de kosten en de tandarts dient de gegevens van de patiënt goed en veilig te bewaren. Deze mogen niet voor anderen inzichtelijk zijn.
- Wet op de beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG): In de wet BIG zijn twee beroepen uit de tandartspraktijk opgenomen, de tandarts en de mondhygiënist. Dit zijn twee beschermde beroepen, dat houdt in dat iemand de titel tandarts of mondhygiënist alleen mag voeren als deze de juiste opleiding en de correcte BIG registratie heeft.[9] Op basis van de wet BIG zijn er ook zogenaamde voorbehouden behandelingen die alleen door de tandarts of geregistreerde mondhygiënist mogen worden uitgevoerd. Niet zelfstandig bevoegde zorgverleners kunnen onder voorwaarden in opdracht voorbehouden handelingen uitvoeren. De belangrijkste voorwaarde is dat de opdrachtnemer bekwaam is om de voorbehouden handeling uit te voeren. Daarnaast moet de zorgverlener die de opdracht geeft, zelfstandig bevoegd zijn om de handeling uit te voeren. Als de opdrachtgever of de opdrachtnemer niet voldoet aan de voorwaarden, is hij strafbaar. [10] Ook moet de bevoegde zorgverlener de behandeling controleren.

[6] CBS StatLine Zorguitgaven internationaal vergelijkbaar; aanbieders en financiering, via https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84078NED/table?ts=1552572272117. Het totaalbedrag voor HP32 Tandheelkundige praktijken minus HF11 Overheid en HF121a Wlz zijn de totale kosten die in dit rapport genoemd worden.

[7] https://www.independer.nl/tandarts/info/contract-tandarts-met-zorgverzekeraar.aspx

[8] https://www.dentalinfo.nl/ondernemen/wet-en-regelgeving-wat-de-tandarts-moet-weten/

[9] Op 1 juli 2020 is het 'Tijdelijk besluit zelfstandige bevoegdheid mondhygiënist' in werking getreden, waarmee een vijfjarig experiment met de 'geregistreerd-mondhygiënist is gestart, op basis van art. 36a Wet BIG. De geregistreerd-mondhygiënist mag zelfstandig primaire caviteiten behandelen, verdoven en röntgenfoto's maken.

[10] https://www.destartendetandarts.com/stap-1

Mondzorg valt slechts gedeeltelijk onder de vergoedingen vanuit de zorgverzekeringswet, namelijk mondzorg aan personen onder de 18 jaar en enkele behandelingen voor chirurgische tandheelkundige hulp uitgevoerd door een kaakchirurg bij volwassenen.[11]

Voor de aanvullende tandheelkundige hulp en de gecontracteerde mondzorg kunnen zorgverzekeraars extra eisen stellen aan de zorgaanbieders. Zoals eerder gezegd, zijn er weinig gecontracteerde aanbieders in de mondzorg. Vaak worden de contracten alleen aangegaan voor specifieke behandelingen, zoals een prothese of voor centra voor bijzondere tandheelkunde. Aanvullende eisen die kunnen worden gesteld zijn bijvoorbeeld dat de praktijk is aangesloten bij een beroepsvereniging.

Toegang voor cliënten en indicatiestelling

De mondzorg is voor iedere burger in Nederland die mondzorg nodig heeft toegankelijk, ongeacht of ze een ziektekostenverzekering hebben voor mondzorg of niet. Er is geen verwijzing nodig van een andere zorgverlener. Het kan wel voorkomen dat een praktijk een patiëntenstop heeft omdat er geen ruimte is voor nieuwe cliënten. Dan kan de patiënt op een wachtlijst worden gezet of bijvoorbeeld uitwijken naar een andere tandartsenpraktijk. Spoedeisende hulp is altijd toegankelijk.

Er is een groep cliënten waarvoor mondzorg niet vanzelfsprekend is, vanwege hoge kosten die de cliënten niet kunnen betalen. Dit betreft onder andere ouderen, dak- en thuislozen, mensen met psychiatrische klachten en mensen met een laag inkomen. Geschat wordt dat een half miljoen mensen in Nederland geen gebruik maakt van de mondzorg vanwege, met name, financiële problematiek.[12]

Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

Een tandarts kan zonder aanvullende indicatie tandheelkundige zorg geven aan een cliënt. Dit kan een instelling zijn maar ook een zelfstandige tandarts. Er zijn enkele regels gesteld voor bepaalde handelingen die enkel door een BIG-geregistreerde tandarts mogen worden gedeclareerd, waarbij de handeling in ieder geval gecontroleerd moet zijn door de tandarts.

Registeren en declareren van zorg

De NZa stelt de maximumtarieven, prestatieomschrijvingen, declaratie-, administratie- en transparantievoorschriften voor de mondzorg vast. Enige uitzondering hierop zijn de max-max-tarieven waarbij, als hier in een schriftelijke overeenkomst met een zorgverzekeraar afspraken over zijn gemaakt, er maximaal 10% per prestatie bovenop het NZa tarief in rekening mag worden gebracht.[13] In de tariefbeschikking staat per individuele tandheelkundige handeling/prestatie hoeveel hiervoor in rekening gebracht mag worden. De tandarts bepaalt zelf op basis van de Beleidsregel tandheelkundige zorg welke prestatiecode het best aansluit bij de zorg die aan de cliënt is geleverd.

Toezicht

Er zijn twee instanties die toezicht houden op de mondzorg. De IGJ houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de mondzorg (bv. correct titelgebruik vanuit de wet BIG). Dit doet de IGJ bij zowel tandartsen als mondhygiënisten. Hierbij staat de patiëntveiligheid in de mondzorg voorop voor de IGJ. De IGJ start een onderzoek bij een tandartsenpraktijk omwille van verschillende redenen. Het kan

[11] https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/mondzorg

[12] Dokters van de wereld, eindrapport 2019-2020 mondzorgcampagne Kiezen voor elkaar, van noodhulp naar duurzame verandering in de mondzorg, beschikbaar via https://doktersvandewereld.org/wp-content/uploads/2020/04/Rapport-MondzorgCampagne.pdf

[13] KNMT – tarievenlijst en algemene bepalingen tandheelkundige zorg. Vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit, beschikbaar via https://knmt.nl/sites/default/files/departments/attachments/knmt_tarievenlijst_en_algemene_bepalingen_2021_def.pdf.

bijvoorbeeld zo zijn dat een praktijk bezocht wordt in het kader van risico gestuurd toezicht of omdat er een melding is ontvangen over de praktijk. De belangrijkste onderwerpen voor de IGJ bij een bezoek zijn infectiepreventie, radiologie, zorg en organisatie.

De IGJ heeft de mogelijkheid om bestuursrechtelijke maatregelen op te leggen, zoals een boete, verscherpt toezicht, een aanwijzing of een bevel. Deze maatregelen kunnen worden opgelegd indien er sprake is van tekortkomingen in het leveren van verantwoorde zorg of indien er sprake is van onverantwoorde zorg. Soms legt de IGJ verbetermaatregelen op.

De NZa houdt toezicht op de declaraties binnen de mondzorg. De NZa controleert of gedifferentieerde en gespecialiseerde tandartsen hun behandelingen op de juiste wijze in rekening brengen. Ook kan de NZa in actie komen na meldingen van bijvoorbeeld patiënten. De NZa heeft ook de bevoegdheid om maatregelen op te leggen, zoals een boete, aanwijzing of waarschuwing.

Naast de twee toezichthoudende instanties, kan een cliënt een zorgaanbieder ook op kwaliteit controleren in de kwaliteitsregisters voor tandartsen (KRT) en mondhygiënisten (KRM). In deze registers wordt bijgehouden of de tandarts of mondhygiënist aan bij- en nascholing heeft gedaan. Deze registers zijn openbaar en te raadplegen via internet. Om in het register te blijven moet een tandarts of mondhygiënist per vijf jaar een x aantal punten verdienen op basis van, bijvoorbeeld, bij- of nascholing, onderzoek of publicaties.

3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de mondzorg

3.1 Omvang

De onzichtbaarheid van fraude en het feit dat niet alle signalen van fraude worden onderzocht, maakt dat het, net zoals voor andere zorgsectoren, lastig is om uitspraken te doen over de omvang van de fraude in de mondzorg. Om toch een indicatie te kunnen geven van de omvang van het frauderisico in de sector, hebben we gebruik gemaakt van de signalen die de IKZ partners de afgelopen jaren hebben ingebracht en het aantal signalen dat zorgverzekeraars rapporteren in onze enquête.

De fraudesignalen betreffen geen vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de mondzorg. Daarbij is het mogelijk dat overlap voorkomt tussen de aantallen signalen, het is echter niet bekend hoe groot deze overlap is. De signalen kunnen om deze reden niet bij elkaar opgeteld worden.

Aantal signalen bij het IKZ

Bij het IKZ zijn in de periode 2019-2021 in totaal respectievelijk 58, 53 en 47 signalen ingediend over mondzorg. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude die bij partners bekend zijn, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al dan niet melden bij het IKZ en de criteria hierbij kunnen verschillen. Signalen bij het IKZ betreffen vaak *meer zorg gedeclareerd dan geleverd* of *andere zorg gedeclareerd dan geleverd.* Vaak gaat het om meer zorg (meer minuten) in rekening brengen, terwijl een klant veel korter bij de tandarts is geweest. Soms betreft het onenigheid over de juiste declaratiecode of wordt er mondzorg in rekening gebracht terwijl de cliënt op de behandeldatum geen mondzorg heeft gehad.

Aantal signalen bij zorgverzekeraars

Uit de enquêtes bij de zorgverzekeraars blijkt dat in 2019 111 signalen in totaal zijn ontvangen door de zes zorgverzekeraars die deelgenomen hebben aan het onderzoek. In 2020 werden er 160 signalen ontvangen door zeven zorgverzekeraars die hun gegevens voor 2020 hebben aangeleverd.

Daarnaast maken zorgverzekeraars een onderscheid tussen alle signalen en onderzoekswaardige signalen. Bij onderzoekswaardige signalen is er sprake van een nadrukkelijke overtreding van een regel, waarbij een voordeel wordt verkregen en het vermoeden bestaat dat er bewust is gehandeld. Enkele zorgverzekeraars geven aan dat ongeveer de helft van de signalen die zij binnenkrijgen over de mondzorg onderzoekswaardig zijn, dus ongeveer 50 á 80 signalen in totaal per jaar.

3.2 Aard

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingebracht zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de mondzorg. Deze zijn voorgelegd aan een expertgroep, en nader gespecificeerd en aangevuld. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van gesignaleerde voorkomende fraudevormen geleid:

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Onvoldoende kwaliteit/veiligheid
- Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd
- Meer zorg gedeclareerd dan geleverd
- Onverzekerde zorg declareren als verzekerde zorg
- Zorg gedeclareerd zonder dat er een behandeling is uitgevoerd
- Onvoldoende transparantie over behandelingen, tarieven, beheer of inkoop
- Dubbel declareren
- Behandelingen worden volgens een andere tariefbeschikking gedeclareerd
- Faillissementsfraude/Ondeugdelijk bestuur

Deze vormen lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de expertgroep.

Onvoldoende kwaliteit/veiligheid

Signalen van slechte kwaliteit en veiligheid binnen de mondzorg gaan vaak gepaard met signalen over zorgverleners die niet bevoegd en/of niet bekwaam zijn. Ze beschikken bijvoorbeeld niet over de juiste diploma's, of praktijkondersteuners doen taken zonder begeleiding of controle van een bevoegde tandarts (zgn. taakdelegatie). In de mondzorg ontbreken de normen voor specifieke kwalificaties voor taakdelegatie richting uitvoerend personeel. Zeker waar het gaat om het uitvoeren van voorbehouden tandheelkundige handelingen (bijvoorbeeld het vervaardigen van facings en kronen), is het ernstig als dit door onbekwame zorgverleners wordt uitgevoerd.

Er zijn ook vormen van ondoelmatige zorg bekend binnen de mondzorg. De expertgroep noemt het zonder aanleiding maken van röntgenfoto's van het gebit bij kinderen. Als hier geen reden voor is, worden kinderen onnodig bloot gesteld aan röntgenstraling.

Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd

Ook zien we binnen de fraudesignalen dat er andere zorg wordt gedeclareerd dan geleverd. In deze gevallen worden bijvoorbeeld lichtere prestaties zoals een eenvlaks- of tweevlaksvulling geleverd en wordt een drievlaksvulling gedeclareerd.

Meer zorg gedeclareerd dan geleverd

Het declareren van meer zorg dan dat er door een zorgaanbieder wordt geleverd is een herkenbare fraudevorm voor de experts. Dit speelt met name bij de tijdsgebonden prestatiecodes, zoals de preventieve mondzorgcodes (bv. M01, M02, M03). Tijdsgebonden prestaties zijn moeilijk te controleren, dit kan eigenlijk alleen op basis van de agenda's van de zorgverleners.

Deze fraudevorm vindt ook vaak bij kinderen plaats. Bij kinderen wordt mondzorg vanuit de basisverzekering vergoed, hier zijn geen kosten aan verbonden voor de ouders en de declaratie vindt rechtstreeks tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar plaats. Om dit te controleren moeten ouders inloggen in de digitale zorgverzekeringomgeving om te kunnen zien dat er mogelijk onrechtmatige declaraties zijn ingediend. In deze gevallen worden er bijvoorbeeld meer sealings of vullingen gedeclareerd. De NZa krijgt over deze vorm van fraude de meeste meldingen en vragen.

Onverzekerde zorg declareren als verzekerde zorg

Bij deze fraudevorm wordt mondzorg die niet vergoed wordt, bijvoorbeeld het zetten van een spalkje achter de tanden, gedeclareerd door een verzekerde behandeling in rekening te brengen, bijvoorbeeld een vulling. Hierover zijn slechts enkele signalen. Vaak gebeurt dit bij een kleine behandeling. Er zijn geen signalen bekend dat dit ook bij grotere verrichtingen gebeurt, maar het zou bijvoorbeeld wel voor kunnen komen bij cosmetische behandelingen. In dat soort gevallen zou bijvoorbeeld bleken of het plaatsen van facings gedeclareerd worden onder een vulling.

Zorg gedeclareerd zonder dat er een behandeling is uitgevoerd

Bij deze fraudevorm gaat het bijvoorbeeld om het declareren van een vulling bij een patiënt terwijl er geen behandeling door de tandarts is uitgevoerd. Ook is het mogelijk dat er gedeclareerd wordt onder een afgegeven machtiging, waarbij de eerste declaratie rechtmatig is, maar er vervolgens behandelingen die niet hebben plaatsgevonden zijn gedeclareerd.

Onvoldoende transparantie over behandelingen, tarieven, beheer of inkoop

Dit komt bijvoorbeeld voor bij behandelingen die meer dan €250 kosten, waar de tandarts verplicht is om een offerte op te stellen. In sommige gevallen wordt dit niet gedaan door de tandarts.

Dubbel declareren

De rekening voor de behandeling wordt zowel naar de patiënt zelf als naar de zorgverzekeraar gestuurd en zodoende dubbel gedeclareerd.

Behandelingen worden volgens een andere tariefbeschikking gedeclareerd

Bij deze fraudevorm worden bijvoorbeeld orthodontiebehandelingen gedeclareerd volgens de tariefbeschikking voor tandheelkunde. Prestatiecodes waarbij dit regelmatig voorkomt zijn M-codes zoals M01, M03 (beide preventieve mondzorg) en C-codes (consultatie en diagnostiek). Er mogen geen tandheelkundige codes gebruikt worden voor orthodontiebehandelingen. Soms gebeurt dit omdat er meer in rekening gebracht kan worden middels het tandheelkundige tarief.

Het kan ook voorkomen bij prestatiecodes die zowel de röntgenfoto zelf als de beoordeling van de foto omvatten. Soms wordt zowel die code als een aparte beoordeling in rekening gebracht.

Faillissementsfraude/Ondeugdelijk bestuur

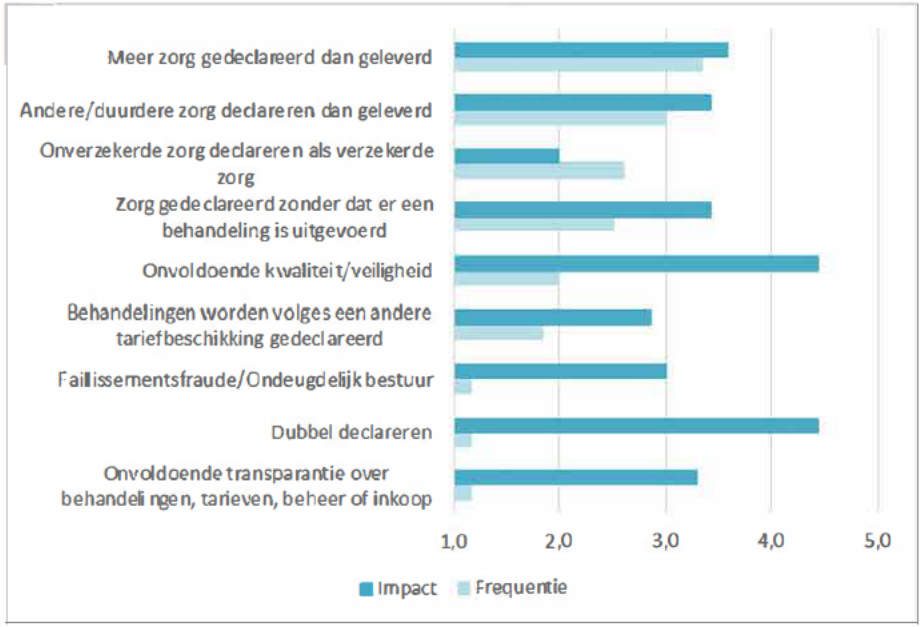
In algemene zin zien we bij sommige zorgsectoren mismanagement bij bestuur. Zo kan het bestuur van de organisatie incapabel zijn en/of verkeerde intenties hebben. De organisatie lijkt er dan vooral op gericht om hoge winsten te maken, die vervolgens via ondoorzichtige bedrijfsconstructies worden weggesluisd, in plaats van de focus te hebben op het leveren van goede zorg. In de signalen komt dit nauwelijks voor in de mondzorg, wellicht komt dit ook omdat er weinig aandacht is voor deze vorm van fraude. In algemene zin is er wel eens sprake van bestuur van organisaties dat incapabel is en/of verkeerde intenties heeft.

3.3 Ernst en impact

Aan de zorgverzekeraars en de expertgroep is gevraagd in welke mate de bovengenoemde fraudevormen voorkomen in hun signalen. Daarnaast is gevraagd

welke mate van impact de fraudevormen hebben op cliënten. De scores van de frequentie en impact van de fraudevormen zijn te zien in figuur 1.

***Figuur 1**. Frequentie en impact van fraudevormen volgens zorgverzekeraars*



De volgende fraudevormen komen volgens zorgverzekeraars het meest voor in fraudesignalen:
- Meer zorg gedeclareerd dan geleverd;
- Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd;
- Onverzekerde zorg declareren als verzekerde zorg.

Fraudevormen die weinig voorkomen volgens de zorgverzekeraars zijn *onvoldoende transparantie over behandelingen, tarieven, beheer of inkoop, dubbel declareren, faillissementsfraude/ondeugdelijk bestuur* en *behandelingen worden volgens een andere tariefbeschikking gedeclareerd.*

De fraudevormen met de meeste impact voor de cliënten zijn, volgens de zorgverzekeraars, *dubbel declareren, onvoldoende kwaliteit/veiligheid, onvoldoende transparantie over behandelingen, tarieven, beheer of inkoop, zorg declareren zonder dat er een behandeling is uitgevoerd en meer zorg of andere zorg declareren dan geleverd.*

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het interessant om de frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 1 zijn de fraudevormen met zowel een hoge frequentie en impact (score 3 of hoger) weergegeven.

***Tabel 1.** Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en impact*

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor cliënt
Meer zorg gedeclareerd dan geleverd	X	X
Andere/duurdere zorg declareren dan geleverd	X	X
Onvoldoende kwaliteit/veiligheid		X
Dubbel declareren		X
Zorg gedeclareerd zonder dat er een behandeling is uitgevoerd		X
Onvoldoende transparantie over behandelingen, tarieven, beheer of inkoop		X

Uit de tabel is af te leiden dat de volgende fraudevormen zowel een hoge frequentie als een hoge impact voor cliënten hebben volgens zorgverzekeraars:

Meer zorg declareren dan geleverd en andere en/of duurdere zorg declareren dan geleverd.

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de mondzorg

In hoofdstuk 3 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in het proces van zorgverlening in de sector mondzorg:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten en indicatiestelling
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen zijn hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan frauderisico's. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken die mogelijk bijdragen aan het frauderisico.

Het vervolg van dit hoofdstuk benoemt allereerst deze kenmerken, en de input die de expertgroep hierop heeft geleverd, om vervolgens aan de hand van het oordeel van de experts en zorgverzekeraars in te gaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdrage leveren aan het frauderisico in de sector mondzorg.

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

5. Conclusie

Het IKZ doet onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Eén van deze sectoren is de mondzorg. Dit onderzoek heeft tot doel om aard, impact, omvang (voor zover bekend) en achtergronden/oorzaken van zorgfraude in de mondzorg in kaart te brengen.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de mondzorg is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en risico's op fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Mondzorg	Mondzorg betreft alle zorg rondom mond en gebit die gegeven wordt door onder meer tandartsen, tandartsassistenten, mond-hygiënisten, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Het Besluit Zorgverzekeringswet bevat eveneens een omschrijving van mondzorg. Deze omschrijving is voor dit begrippenkader echter te beperkt omdat deze alleen de mondzorg specificeert die onderdeel is van het basispakket. Daarom is voor de bredere omschrijving gekozen. Kaakchirurgie valt onder medisch specialistische zorg en niet onder mondzorg. Mondzorg aan cliënten in een Wlz-instelling wordt bekostigd uit de Wlz, en valt daarom onder de bijbehorende begrippen voor Wlz-instellingszorg: Verpleeghuiszorg, Gehandicaptenzorg of GGZ.	Wettelijk kader: Zvw of aanvullende verzekering Kenmerken patiënten/cliënten: divers Zorgverleners: met name tandartsen, tandartsassistenten, mondhygiënisten, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Rapport
Frauderisico's in de verpleeghuiszorg

Maart 2022

ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Inleiding ... 3
   1.2 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.3 Doel van het onderzoek ... 3
   1.4 Onderzoeksvragen ... 4
   1.5 Onderzoeksopzet ... 4
2. Kenmerken van de sector verpleeghuiszorg ... 5
   2.1 Afbakening van het begrip verpleeghuiszorg ... 5
   2.2 Kerncijfers sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de verpleeghuiszorg ... 10
   3.1 Omvang ... 10
   3.2 Aard ... 11
   3.3 Impact ... 13
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de verpleeghuiszorg ... 15
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het risico op fraude ... 16
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het risico op fraude ... 20
5. Conclusie ... 22

Bijlage ... 25

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, zorgkantoren, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot Zorgbrede Risico Analyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar op een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd welke zorgsectoren meegenomen moeten worden in dit vervolgonderzoek naar risico's en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. De verpleeghuiszorg is één van deze sectoren, omdat nog weinig bekend is over fraudeproblematiek in de intramurale verpleeghuiszorg of in een vergelijkbare woonsetting zoals een geclusterde woonvorm. Risico's op fraude bij verpleging en verzorging die wordt geboden in de thuissituatie worden behandeld in het deelonderzoek naar de sector wijkverpleging.

1.3 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de verpleeghuiszorg aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector verpleeghuiszorg die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht, zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

1.4 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kernmerken van de sector verpleeghuiszorg

1. Wat is de definitie van verpleeghuiszorg en welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengentallen van de verpleeghuiszorgsector, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op de verpleeghuiszorg?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op de verpleeghuiszorg?

Aard, omvang en ernst van fraude in de verpleeghuiszorg

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de verpleeghuiszorg?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van fraude in de verpleeghuiszorg?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de verpleeghuiszorg

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de verpleeghuiszorg, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de verpleeghuiszorg[2]?

1.5 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Allereerst is deskresearch gedaan naar kengetallen en de kenmerken van de sector, zoals de geldende wet- en regelgeving in de verpleeghuiszorg.
- Daarna zijn interviews uitgevoerd met experts waarin fraudevormen in de verpleeghuiszorg zijn besproken en knelpunten zijn benoemd die frauderisico's in de verpleeghuiszorg kunnen veroorzaken. Aan de hand van de interviews zijn hypothesen opgesteld over de sector die kunnen bijdragen aan het frauderisico. Met de volgende partijen zijn interviews gevoerd:
  - IGJ (Senior inspecteur ouderenzorg)
  - CIZ (Afdeling bijzonder onderzoek)
  - NZa (Afdeling toezicht en handhaving)
  - Actiz (branchevereniging - Beleidsadviseurs wonen en zorg)
  - Patiëntenfederatie Nederland (Afdeling Langdurige Zorg)
- De fraudevormen en hypothesen zijn hierna in een vragenlijst voorgelegd aan zeven zorgverzekeraars met zorgkantoren om te toetsen of deze bevestigd worden. Daarnaast is via de vragenlijst informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019, 2020 en de eerste helft van 2021 over verpleeghuiszorg zijn ontvangen door deze zorgverzekeraars met zorgkantoren. Vijf zorgverzekeraars hebben deze vragenlijst ingevuld. Zij vertegenwoordigen ongeveer 60% van de zorgkantoren.

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

2. Kenmerken van de sector verpleeghuiszorg

2.1 Afbakening van het begrip verpleeghuiszorg

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[3], beperken we ons het met het begrip verpleeghuiszorg tot de volgende definitie:

> Verpleeghuiszorg betreft verpleging en verzorging gedurende dag en nacht, geneeskundige behandeling en daarmee verband houdende fysiotherapie, revalidatie, reactivering en bezigheidstherapie in het verpleeghuis.

Alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die **intramuraal** in een verpleeghuis verblijven of **in een vergelijkbare woonsetting**, zoals geclusterd wonen met een volledig pakket thuis (vpt) of een pgb, behoort tot verpleeghuiszorg. Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding en dagbesteding. De zorg is gericht op personen die vanwege lichamelijke ziekte of beperking en/of psychogeriatrische aandoening blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben.

Verpleeghuiszorg wordt bekostigd uit de Wet langdurige zorg (Wlz). Algemene medische zorg en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven vallen ook onder verpleeghuiszorg, aangezien in die gevallen deze zorg uit het integrale Wlz-pakket wordt bekostigd. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaat van de Wlz-behandeling (en dus zonder overleg en afstemming met de instelling kan worden geleverd), wordt bekostigd uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en valt niet onder verpleeghuiszorg.

2.2 Kerncijfers sector

Aantal cliënten

Verpleeghuiszorg wordt geboden aan cliënten met een zorgprofiel-indicatie Verpleging & Verzorging (VV). Op 1 april 2020 waren in totaal bijna 170.000 personen geïndiceerd met een VV-zorgprofiel. Het merendeel, bijna **120.000** personen, ontving intramurale verpleeghuiszorg.[4]

Verpleging en verzorging kan ook thuis geleverd worden, middels een volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of persoonsgebonden budget (pgb). Zorg die thuis wordt geleverd valt niet onder verpleeghuiszorg. Echter kunnen de leveringsvormen pgb en vpt ook geleverd worden in een geclusterde setting. Zorg in een geclusterde woonsetting wordt in dit onderzoek ook meegenomen als verpleeghuiszorg. Ongeveer **3.000** personen in een geclusterde woonsetting ontvingen verpleeghuiszorg middels een pgb. Bijna **9.000** personen ontvingen verpleging en verzorging middels een vpt, hiervan woont het grootste deel in een geclusterde woonsetting (exacte aantal onbekend). Verpleging en verzorging middels een mpt wordt vooral ingezet een individuele woonsituatie en valt daarom buiten verpleeghuiszorg.[5]

De afgelopen jaren is er een toename van het aantal personen dat verpleeghuiszorg ontvangt middels een vpt of pgb. Het aantal cliënten met een zorgprofiel-indicatie VV dat de zorg verzilvert middels een pgb is in ongeveer

[3] Zie bijlage.

[4] Ministerie VWS, Voortgangsrapportage project wachtlijsten en capaciteit verpleeghuizen, beschikbaar via https://open.overheid.nl/repository/ronl-a22ba906-0c61-4e15-9788-3fef54b36f8a/1/pdf/voortgangsrapportage-project-wachtlijsten-en-capaciteit-verpleeghuizen.pdf

[5] Idem

anderhalf jaar (Q4 2018 t/m Q1 2020) gestegen met 12%. Ook het aantal cliënten dat de zorg ontvangt middels een vpt is in deze periode gestegen met 15%.

Aantal aanbieders

In totaal zijn er in Nederland ongeveer 120.000 verpleeghuisplaatsen met verblijf[6]. Volgens Zorgkaart Nederland zijn er in 2021 **ruim 1.300** verpleeghuizen die institutionele zorg bieden in Nederland. Op basis van een rapport van Bureau HHM uit 2020 wordt het aantal kleinschalige woonvormen voor verpleeghuiszorg, dat zorg aanbiedt in een vergelijkbare woonsetting als intramurale zorg, geschat op **400**.[7]

Financiële omvang

De totale uitgaven voor verpleeghuiszorg bedroegen in 2021 circa **13,7 miljard euro**.[8] Dit bedrag betreft alleen de institutionele verpleeghuiszorg, over de kosten van verpleeghuiszorg in een vergelijkbare woonsetting, middels een vpt of pgb, zijn geen gegevens bekend.

2.3 Kenmerken van de sector

In deze paragraaf beschrijven we de kenmerken van de sector verpleeghuiszorg aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder
4. Registratie en declaratie
5. Toezicht

1. Toegang voor zorgaanbieders

Om toegang te krijgen tot de zorgmarkt gelden de volgende wetten en procedures voor verpleeghuizen en/of medewerkers:

- Wet Toelating Zorgaanbieders (Wtza): een zorgaanbieder die verpleeghuiszorg wil leveren, dient te beschikken over een Wtza-toelating. Hiervoor worden verschillende eisen gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot structuur, toezicht, financiële administratie en verantwoording[9]. Ook introduceert de Wtza een meldplicht en een eis van een onafhankelijk intern toezichthouder.
- Wet BIG (Beroepen Individuele Gezondheidszorg): voor verpleegkundigen, verzorgende, verpleegkundig specialisten en artsen. Deze wet zorgt dat de kwaliteit hoog is en blijft.
- Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz): hierin heeft de overheid wettelijk vastgelegd wat goede zorg precies inhoudt. En wat er moet gebeuren als mensen een klacht hebben over de zorg[10]. Zorgaanbieders moeten bijvoorbeeld een interne werkwijze hebben ingeregeld zodat medewerkers voorvallen in de zorg kunnen melden.
- Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg: Hierin staat beschreven wat verwacht mag worden van een aanbieder en zorgverleners van verpleeghuiszorg en het uitgangsniveau van kwaliteit waar verpleeghuiszorg aan moet voldoen[11].

[6] Actiz, Contractering verpleeghuiszorg, inzicht in de complexiteit van de bekostiging en contractering van verpleeghuiszorg, beschikbaar via https://www.actiz.nl/sites/default/files/2020-12/ActiZ-rapportage-bekostiging-en-contractering.pdf

[7] Bureau HHM, Financiering kleinschalige woonvormen. Inzicht in Wlz-leveringsvorm, beschikbaar via https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/rapporten/2020/06/11/financiering-kleinschalige-woonvormen-inzicht-in-wlz-leveringsvormen/Rapportage+HHM+Financiering+kleinschalige+woonvormen+Wlz.pdf

[8] https://www.staatvenz.nl/financiele-middelen/zorguitgaven-en-ontvangsten-wlz-begroting

[9] Per 01-01-2022 verving de Wtza de Wtzi (Wet toetreding zorginstellingen).

[10] https://www.venvn.nl/thema-s/wet-en-regelgeving/

[11] https://www.patientenfederatie.nl/over-de-zorg/verpleeghuiszorg#met-welke-organisaties-krijg-je-te-maken-bij-verpleeghuiszorg

- Verklaring Omtrent Gedrag (VOG): nieuwe medewerkers in de verpleeghuiszorg (Wlz) dienen over een VOG te beschikken.

Zorgkantoren zijn verantwoordelijk om voldoende zorg van goede kwaliteit in te kopen bij zorgaanbieders, waaronder verpleeghuizen. Hiervoor is het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg uitgangspunt. Zorgkantoren krijgen zicht op kwaliteit door op locatie in gesprek te gaan met alle betrokkenen. De wensen en behoeften van cliënten staan daarbij centraal. Daarnaast analyseren zorgkantoren landelijk beschikbare gegevens en beoordelen ze de kwaliteitsplannen van de zorgaanbieders. Zorgkantoren hebben de vrijheid om aanvullende (kwaliteits-)voorwaarden te stellen[12]. Zo toetsen zorgkantoren bij de inkoop veel zaken, aan de hand van bijvoorbeeld KvK-gegevens, VOG's, jaarrekeningen, criteria Wtza, eigen vermogen en of voldaan is aan deskundigheidsnormen. En er worden veelal aanvullende eisen gesteld aan contractering van aanbieders van verpleeghuiszorg, zoals:

- De zorgaanbieder voldoet aan de eisen van bekwaamheid volgens de bestuursverklaring.
- De zorgaanbieder heeft een samenwerkingsrelatie met het sociale domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is.

Voor zorgverleners geldt een aantal algemeen aanvaarde uitgangspunten die de professionele standaard vormen. Deze kaderen de beroepsuitoefening in en borgen de kwaliteit van de te verlenen zorg. Tot de professionele standaard behoort onder andere het beroepsprofiel, de beroepscode, richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep, wet- en regelgeving, uitspraken in (tucht)rechtszaken, richtlijnen van de inspectie, (beroeps)ethische uitgangspunten, standpunten, adviezen en handreikingen van de beroepsgroep.

Aanbieders van verpleeghuiszorg kunnen zich aanmelden bij een brancheverenigingen, zoals Actiz. Aan lidmaatschappen van brancheverenigingen kunnen aanvullende toelatingseisen worden gesteld. Bij Actiz bijvoorbeeld geldt een aantal aanvullende voorwaarden waaraan de aanbieder moet voldoen zoals Naleving van de CAO, de Governancecode Zorg, transparantieverplichtingen, Algemene Voorwaarden (opgesteld in overleg met onder andere de LOC, cliëntenraden, consumentenbond) en kwaliteitsstandaarden.

2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering

Toegang tot zorg uit de Wlz wordt beoordeeld door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Op basis van documentatie van een arts of behandelaar van de cliënt wordt er gekeken of er aanspraak gemaakt kan worden op zorg onder de Wlz. Als het CIZ oordeelt dat er toegang tot de Wlz is, wordt er een zorgprofiel afgegeven met de beschrijving van de aard en inhoud van de zorgbehoefte en de zorgzwaarte van de cliënt. In het indicatiebesluit wordt de voorkeur van de cliënt voor de leveringsvorm van de zorg vastgesteld.

Institutionele verpleeghuiszorg volgens het TIZ begrippenkader kan in de volgende vormen en leveringsvormen worden geregeld[13]:

- Zorg in natura (ZiN): verpleging, verzorging en huisvesting door één zorgaanbieder. Meestal woont iemand in een verpleeghuis.
- Een volledig pakket thuis (vpt): verpleging en verzorging wordt geleverd door één aanbieder. Als de cliënt in een geclusterde woonvorm woont en zelf de kosten voor huisvesting betaalt, beschouwen we deze zorg als verpleeghuiszorg.
- Met een persoonsgebonden budget (pgb) huurt de cliënt zelf de zorgverleners in en maakt afspraken over de zorg die zij waar, wanneer en op welke manier geven. Net zoals bij een vpt valt deze zorg alleen

[12] Actiz, Contractering verpleeghuiszorg, inzicht in de complexiteit van de bekostiging en contractering van verpleeghuiszorg, beschikbaar via https://www.actiz.nl/sites/default/files/2020-12/ActiZ-rapportage-bekostiging-en-contractering.pdf

[13] https://www.patientenfederatie.nl/over-de-zorg/verpleeghuiszorg#verschillende-vormen-van-verpleeghuiszorg

onder het begrip verpleeghuiszorg als de cliënt in een geclusterde woonvorm woont en zelf de kosten voor huisvesting betaalt.

Voor alle Wlz-zorg, inclusief verpleeghuiszorg, geldt dat de cliënt een eigen bijdrage betaalt die door het CAK berekend en geïnd wordt.

Als de cliënt kiest voor de leveringsvorm pgb, dient het zorgkantoor met de cliënt een gesprek in te plannen om te kijken waarom iemand kiest om zorg via een pgb in te kopen. Op basis daarvan besluit het zorgkantoor of de cliënt een pgb krijgt.

Als er vanuit het CIZ het vermoeden bestaat dat de geïndiceerde zorg niet passend is of als er aanwijzingen zijn van onjuist handelen, kan er een zgn. Ambtshalve Herindicatietraject uit worden gezet op basis van art 3.2.4 uit de Wlz. Bij zo'n traject wordt er opnieuw een indicatie vastgesteld door het CIZ, wat eventueel afwijkt van de eerder afgegeven indicatie. Dit kan dus gevolgen hebben voor de aanspraak op Wlz-zorg voor de betrokken cliënt.

3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder

Cliënten krijgen een indicatie voor verpleeghuiszorg als 24 uur per dag toezicht of zorg in nabijheid nodig is en dit een blijvende situatie is. Met een indicatie kunnen verzekerden in een verpleeghuis wonen. Ook kunnen verzekerden ervoor kiezen om in een geclusterde woonvorm te wonen en daar de zorg te ontvangen.

De meeste zorgaanbieders van verpleeghuiszorg leveren meerdere vormen van zorg in verschillende domeinen. Zij bieden bijvoorbeeld naast intramurale verpleeghuiszorg uit de Wlz ook zorg middels een vpt en thuiszorg middels de Zvw of Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Voor bijvoorbeeld de NZa en zorgkantoren is het lastig om de financiële stromen en zorgpakketten te scheiden in een deel institutionele zorg en andere zorg, met als gevolg intransparante informatie, documentatie en verantwoording.

De verpleeghuiszorg kent veel verschillende doelgroepen waaronder in ieder geval: mensen met dementie, mensen met somatische zorgbehoeften waaronder specifieke aandoeningen als Chorea van Huntington, de ziekte van Parkinson, Multiple Sclerose, Korsakov, NAH (Niet Aangeboren Hersenletsel), CVA (Cerebro Vasculair Accident), chronische psychiatrie en geronto-psychiatrie[14]. De cliënten binnen deze doelgroepen zijn vaak kwetsbaar en hebben meerdere zorgvragen. Er zijn echter ook verschillen in leeftijd en leefstijl, zorg- en ondersteuningsbehoefte, zorgintensiteit, verblijfsduur en het benodigd deskundigheids- en competentieniveau van de zorgverleners.

Afspraken over zorg en ondersteuning worden vastgelegd in een zorgleefplan. Dit plan wordt opgesteld door een zogenaamde eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV- er) samen met de cliënt of de wettelijk vertegenwoordiger van de cliënt. Het zorgleefplan wordt aangepast als afspraken veranderen. Bij een pgb wordt geen zorgleefplan opgesteld, maar een zorgovereenkomst en een zorgbeschrijving[15].

Bij verpleeghuiszorg zijn verschillende zorgverleners (zoals woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, gedragskundigen en specialisten ouderengeneeskunde), mantelzorgers en naasten betrokken.

4. Registratie en declaratie

Verpleeghuizen hebben te maken met meerdere geldstromen binnen de Wlz met een aparte aanvraag en aparte verantwoording. De belangrijkste zijn het Regulier tarief, het Ontwikkelbudget en het SectorplanPlus.

Zorgaanbieders verantwoorden op de volgende manier de opbrengsten uit het reguliere tarief: Jaarverslag/Jaardocument Maatschappelijke verantwoording,

[14] https://www.venvn.nl/media/gd2hehrc/verpleeghuiszorg_kwaliteitskader.pdf

[15] https://www.patientenfederatie.nl/downloads/brochures/851-publieksversie-langdurige-zorg-thuis/file

accountantsonderzoek, materiële controle door het zorgkantoor en kwaliteitsverslag.

Het zorgkantoor onderhandelt samen met de zorgaanbieder tijdens het inkoopproces welk tarief er wordt betaald voor verpleeghuiszorg. Door de NZa wordt een maximum tarief vastgesteld voor verpleeghuiszorg. De contracteerruimte voor Wlz zorg van zorgkantoren is klein. Als alle Wlz zorgverleners het maximale tarief zouden ontvangen komen de zorgkantoren 4% budget te kort. Daardoor ontvangt geen één zorgaanbieder het maximale vastgestelde NZa-tarief.[16]

Iedere zorgverlener, praktijk of instelling heeft een unieke code, de AGB-code (Algemeen Gegevensbeheer Zorgverleners). Bij een declaratie van de geboden zorg moet deze code opgeven worden. Op deze manier kan de zorgverzekeraar controleren van welke zorgverlener de declaratie afkomstig is en of de gegevens kloppen.

5. Toezicht

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de verpleeghuiszorg. De IGJ verzamelt gegevens en selecteert risico's in de zorg. Verpleeghuizen moeten ieder jaar gegevens opsturen over de kwaliteit van de zorg, volgens de eisen uit het Kwaliteitskader verpleeghuiszorg. Het Kwaliteitskader is één van de gebruikte bronnen om risico's af te wegen in een verpleeghuis. Dit zijn risico's op het gebied van kwaliteit en veiligheid van de zorg. Op basis van de gesignaleerde risico's legt de IGJ bezoeken af aan instellingen en netwerken in de verpleeghuiszorg om te onderzoeken hoe de kwaliteit van zorg geregeld is. De IGJ probeert risico's tijdig te signaleren en aan te moedigen wat goed gaat. Bij dit bezoek wordt de kwaliteit en veiligheid getoetst door middel van een toetsingskader verpleeghuiszorg. Daarnaast vindt incidententoezicht plaats, naar aanleiding van calamiteiten. Indien tekortkomingen worden vastgesteld kan de IGJ verschillende maatregelen opleggen.

Ook de NZa houdt toezicht op de verpleeghuiszorg, namelijk dat zorgaanbieders hun zorg volgens de geldende regelgeving registreren en in rekening brengen. Ook ziet de NZa erop toe dat zorgkantoren zich houden aan hun zorgplicht (toegankelijkheid van zorg) en dat de nota voor de cliënt transparant is. Signalen van regelovertreding bespreekt de NZa met zorgaanbieders en/of zorgkantoren. Eventueel legt de NZa een bestuursrechtelijke maatregel op zoals een aanwijzing of een boete.

Zorgkantoren zien er op toe dat de declaraties van zorgaanbieders rechtmatig zijn. Indien zorgkantoren en zorgaanbieders vooraf afspraken hebben gemaakt in het kader van horizontaal toezicht, zien de zorgaanbieders er zelf op toe dat de zorg goed wordt geregistreerd en gedeclareerd. Indien er signalen zijn van mogelijke fraude door een zorgaanbieder, kan dit leiden tot nader onderzoek door het zorgkantoor.

Bij klachten kunnen cliënten een melding doen bij de IGJ, het zorgkantoor en de NZa. Daarnaast kunnen vragen en ervaringen gedeeld worden middels Zorgkaart Nederland, Mijnkwaliteitvanleven.nl en Het Nationale Zorgnummer.

[16] Actiz, Contractering verpleeghuiszorg, inzicht in de complexiteit van de bekostiging en contractering van verpleeghuiszorg, beschikbaar via https://www.actiz.nl/sites/default/files/2020-12/ActiZ-rapportage-bekostiging-en-contractering.pdf

3. Omvang, aard en impact fraudesignalen in de verpleeghuiszorg

3.1 Omvang

Het is niet mogelijk een uitspraak te doen over de totale omvang van fraude in de verpleeghuiszorg. Fraude is namelijk niet altijd zichtbaar en niet alle signalen van onrechtmatigheden en/of fraude worden onderzocht. Daarnaast is het ingewikkeld om zorgfraude aan te tonen en te bewijzen. Om een beeld te krijgen van het aantal signalen van vermoedelijke fraude in de verpleeghuiszorg, wordt in dit hoofdstuk gerapporteerd over het aantal signalen van fraude dat IKZ-partners hebben samengebracht in het Verzamelpunt Zorgfraude, het aantal signalen dat zorgkantoren rapporteren en de omvang van de vastgestelde fraude door zorgkantoren.

De fraudesignalen betreffen geen vastgestelde fraude. Deze aantallen signalen zijn dus geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de verpleeghuiszorg. Daarbij is het mogelijk dat overlap voorkomt tussen de aantallen signalen, het is niet bekend hoe groot deze overlap is. De signalen kunnen om deze reden niet bij elkaar opgeteld worden.

Aantal signalen bij het IKZ

Tabel 1. *Aantal signalen over verpleeghuiszorg gedeeld binnen het IKZ*

Jaar	Aantal signalen
2019	2
2020	16
1e helft 2021	3

Bij het IKZ zijn door de partners in 2019, 2020 en de eerste helft van 2021 in totaal 21 signalen ingediend over zorgfraude door aanbieders van verpleeghuiszorg. Dit betreffen echter niet alle signalen van fraude die bij partners bekend zijn, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al dan niet melden bij het IKZ en de criteria hierbij kunnen verschillen.

Van de in totaal 21 signalen betreft een kwart ZiN zorg. 21% van de signalen betreft verpleeghuiszorg middels een pgb en 18% van de signalen gaat over beide financieringsvormen. Van een derde is de financieringsvorm niet bekend. 6 van de 16 signalen in 2020 betreffen signalen van aanbieders die bovengemiddeld veel winst maken.

We constateren dat in deze periode over verpleeghuiszorg weinig fraudemeldingen bij het IKZ zijn gedaan, vergeleken met andere zorgsoorten. In vergelijking met de meeste andere sectoren lijkt het frauderisico in de verpleeghuiszorg daarom relatief laag. Deze aantallen signalen zijn echter geen betrouwbare indicator van de totale omvang van fraude in de verpleeghuiszorg.

Aantal signalen bij zorgkantoren

In een vragenlijst is aan zeven zorgkantoren gevraagd hoeveel signalen van fraude in de verpleeghuiszorg zij hebben ontvangen in 2019, 2020 en de eerste helft van 2021. Vijf zorgkantoren hebben de vragenlijst ingevuld.

Uit de vragenlijst blijkt dat bij twee van de vijf zorgkantoren in deze periode geen signalen over intramurale verpleeghuiszorg bekend zijn. Twee andere zorgkantoren geven aan signalen te hebben, maar dat de fraudesignalen niet specifiek geregistreerd zijn op intramurale verpleeghuiszorg. Hiervan rapport één zorgkantoor in 2019 t/m eerste helft 2021 106 signalen over verpleeghuiszorg middels pgb en 40 signalen over verpleeghuiszorg middels ZiN. Deze signalen betreffen alle mogelijke leveringsvormen (verblijf, mpt, vpt). Een ander zorgkantoor rapporteert in totaal 2 signalen over intramurale verpleeghuiszorg.

Uit de gerapporteerde informatie van de zorgkantoren kunnen we opmaken dat er in absolute en relatieve zin weinig signalen over verpleeghuiszorg (middels ZiN of vpt) bekend zijn. De signalen over verpleeghuiszorg die onderzocht zijn bij zorgkantoren gaan voornamelijk over verpleeghuiszorg middels een pgb.

Vastgestelde fraude

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rapporteert jaarlijks over de aantallen vastgestelde fraude door zorgverzekeraars[17]. In tabel 2 is weergegeven hoeveel fraude er in de jaren 2018 t/m 2020 door zorgverzekeraars in de verpleeghuiszorg is vastgesteld.

Tabel 2. *Vastgestelde fraude in de verpleeghuiszorg door zorgverzekeraars*

Jaar	Relatief aandeel totale fraude	Fraude bedrag
2018	≤2%	≤€674 duizend
2019	12%	€9,5 miljoen
2020	≤3%	≤€1 miljoen

Bron: Rapportages resultaten fraudebeheersing 2018-2019-2020. Zorgverzekeraars Nederland

In de periode van 2018 t/m 2020, werd in 2019 zowel in absolute als relatieve zin de meeste fraude in de verpleeghuiszorg vastgesteld. Dit kwam door grootschalige fraude bij één aanbieder van ZiN zorg in dat jaar. In 2019 kwam de sector verpleeghuiszorg op de derde plaats van alle zorgsectoren wat betreft de omvang van de fraude. Er is geen informatie bekend over om wat voor een soort fraude het gaat, enkel over de omvang van de fraude.

In 2018 en 2020 zijn zowel relatief en absoluut lage fraudebedragen in de verpleeghuiszorg vastgesteld. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat in die twee jaren veel onderzoeken waren waarbij een vermoeden was van fraude in de verpleeghuiszorg, maar dit niet kon worden vastgesteld.

Signalen met betrekking tot de kwaliteit van de zorg

Hoewel dit rapport gaat over fraude, is gebrekkige kwaliteit van de zorg ook een relevant aspect, aangezien er een duidelijke samenhang is tussen signalen over fraude en onvoldoende kwaliteit. We noemen hier daarom enkele cijfers over meldingen met betrekking tot kwaliteit van de verpleeghuiszorg, gebaseerd op rapportages van de IGJ.

In het Jaarbeeld 2020 rapporteert de IGJ 1.010 meldingen van zorgaanbieders of zorgverleners over incidenten in de verpleging en verzorging. Hieronder valt zowel verpleeghuiszorg als thuiszorg, niet bekend is hoeveel signalen verpleeghuiszorg betreffen. Deze sector komt daarmee op de vierde plaats van alle zorgsectoren. Deze meldingen betreffen bijvoorbeeld calamiteiten zoals tilincidenten, medicatieveiligheid of deskundigheid/tekort van personeel.

De IGJ ontvangt ook klachten van burgers. In 2019 werden 973 klachten ontvangen over de intramurale ouderenzorg, de sector komt daarmee op de eerste plaats wat betreft het aantal klachten. De meeste klachten gaan over de dagelijkse verzorging en het personeel. Een veelvoorkomende klacht daarbij is dat het personeel te weinig tijd heeft voor de cliënt.

3.2 Aard

Op basis van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingediend zien we een aantal vormen van vermoedelijke fraude in de verpleeghuiszorg. Deze zijn

[17] De organisaties zijn zo ingericht dat de afdelingen speciale zaken/bijzonder onderzoek/veiligheidszaken van zorgverzekeraars de onderzoeken uitvoeren voor zorgkantoren.

door de experts nader gespecificeerd en aangevuld. Bij de zorgkantoren is vervolgens getoetst in hoeverre de fraudevormen herkend worden. Dit heeft tot het onderstaande overzicht van voorkomende fraudevormen in de verpleeghuiszorg geleid.

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg
- Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd
- Onvoldoende kwaliteit van de zorg
- Misbruik van persoonsgegevens
- Intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners
- Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig
- Misbruik van cliënten
- Ondeugdelijk bestuur
- Verstrekken valse/niet-transparante informatie
- Faillissementsfraude

De bovengenoemde vormen van fraude en onrechtmatigheden lichten we hieronder nader toe, onder meer aan de hand van de input van de experts.

Extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg

Bij signalen over extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg wordt bijvoorbeeld zorg extra in rekening gebracht die al in het Wlz-pakket zit, zoals eten of een activiteit. Ook wordt gezien dat door zorgaanbieders extra bijdragen worden gevraagd, bovenop de eigen bijdrage die door cliënten betaald wordt aan het CAK. Het declareren van extra uren of zorgmomenten is daarentegen nauwelijks mogelijk, omdat de declaraties per verblijfsdag plaatsvinden.

Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd

In de signalen over zorgaanbieders van verpleeghuiszorg wordt gezien dat verblijfsdagen worden gedeclareerd terwijl de cliënt die dagen niet aanwezig was en geen zorg is geleverd. De cliënt is bijvoorbeeld op vakantie, waardoor geen zorg wordt geleverd en wel wordt gedeclareerd.

Onvoldoende kwaliteit van de zorg

Bij signalen over onvoldoende kwaliteit van de zorg komt voor dat de zorg wordt geleverd door onvoldoende gekwalificeerd personeel. Zo worden bijvoorbeeld stagiaires ingezet voor de levering van zorg die niet door stagiaires (zelfstandig) mag worden geleverd. Ook bestaan er signalen van onvoldoende medicatieveiligheid en/of onvoldoende toezicht op de cliënten. Daarnaast wordt soms ondoelmatige zorg geleverd.

Doordat medicatie zorgt voor een grote kostenpost, wordt soms ook de medicatie afgebouwd als een cliënt in een verpleeghuis terechtkomt. Wanneer de Specialist ouderengeneeskunde (SO) in de intramurale sector de hoofdbehandelaar is, wordt soms ingezet op de (ondoelmatige) afbouw van medicatie.

Misbruik van persoonsgegevens/Valsheid in geschrifte

Bij bijvoorbeeld het declareren van zorg die niet is geleverd worden handtekeningen van cliënten vervalst om de verblijfsdagen te kunnen declareren. Ook bestaan vermoedens dat bij de declaraties misbruik wordt gemaakt van identiteitsgegevens van cliënten om zorg te declareren die niet is geleverd.

Intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners

Cliënten worden onder druk gezet om mee te werken aan het verkrijgen van een hogere indicatie dan nodig. In signalen komt hierbij intimidatie, bedreiging en mishandeling voor. Er wordt bijvoorbeeld gedreigd dat als cliënten niet

meewerken er geen zorg meer wordt geleverd. Bij geclusterde woonvormen komt voor dat cliënten worden bedreigd met ontzetting uit de woning.

Ook komt voor dat zorgverleners onder druk gezet worden door zorgaanbieders. Bijvoorbeeld om een hogere herindicatie te verkrijgen bij het CIZ of om meer omzet te maken door meer zorg uit te voeren. Bij grotere instellingen is er een sterkere hiërarchie waardoor soms weinig in- en tegenspraak wordt geduld, wat versterkt wordt door een lage weerbaarheid van personeel.

Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig

Er wordt frauduleus getracht een hogere indicatie aan te vragen dan nodig. Hierbij kan het zelfs zo zijn dat de cliënt in werkelijkheid geen Wlz-zorg nodig heeft. Soms worden ook cliënten onder druk gezet om de zorgvraag zwaarder aan te zetten.

Ook komt voor dat zorgaanbieders met cliënten meegaan naar behandelaren. De zorgaanbieder doet zich bij de behandelaar voor als familielid van de dementerende oudere en dikt de zorgbehoefte en problematiek aan.

Misbruik van cliënten

In de signalen komen ook vermoedens van misbruik en uitbuiting van cliënten voor. Cliënten worden bijvoorbeeld geronseld voor het afnemen van zorg aan de hand van valse beloftes of geld. Vermoedelijk wordt opzettelijk misbruik gemaakt van ouderen met dementie die afhankelijk zijn van anderen.

Ondeugdelijk bestuur

In signalen is soms sprake van ondeugdelijk bestuur. Voorbeelden van een ondeugdelijk bestuur zijn het onterecht opvoeren van personeelskosten, zorgverleners tegen een minimumloon uitbetalen zodat de zorgaanbieder meer geld overhoudt, het wegsluizen van hoge winsten via complexe en niet-transparantie bedrijfsstructuren (zoals veel verschillende betrokken ondernemingen, inzet katvangers, onderaannemers), belangenverstrengeling en het niet op orde hebben van de administratie. Bij geclusterde woonvormen worden soms hoge huren gevraagd, wat onwenselijk is.

Bij sommige zorgaanbieders is ook onvoldoende kennis over goed bestuur. Als er sprake is van kwade opzet bij fraude met verpleeghuiszorg dan gaat het vaak om een heel netwerk, waar veel verschillende zorgverleners bij betrokken zijn, zoals bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde. Volgens de experts gaat ondeugdelijk bestuur veel samen met onvoldoende kwaliteit van de zorg.

Verstrekken valse/niet-transparante informatie

In signalen over verpleeghuiszorg komt voor dat geen of onvoldoende informatie wordt verstrekt aan familie en dat zorgovereenkomsten worden vervalst. Ook wordt aan toezichthoudende partijen gebrekkige informatie geleverd en wordt bijvoorbeeld achteraf administratie aangepast en/of fictieve zorgverleners opgevoerd om deze kloppend te maken.

Faillissementsfraude

Tot slot zien we ook in signalen voorbeelden van aanbieders van verpleeghuiszorg die, terwijl een onderzoek naar fraude loopt, (vermoedelijk opzettelijk) een faillissement aanvragen. Vervolgens kan de onderneming het zorggeld wegsluizen en onder een nieuwe naam opnieuw starten en onder de radar blijven.

Faillissementsfraude komt met name bij de kleinere instellingen en thuiszorgorganisaties voor en in mindere mate bij de grote instellingen van verpleeghuiszorg.

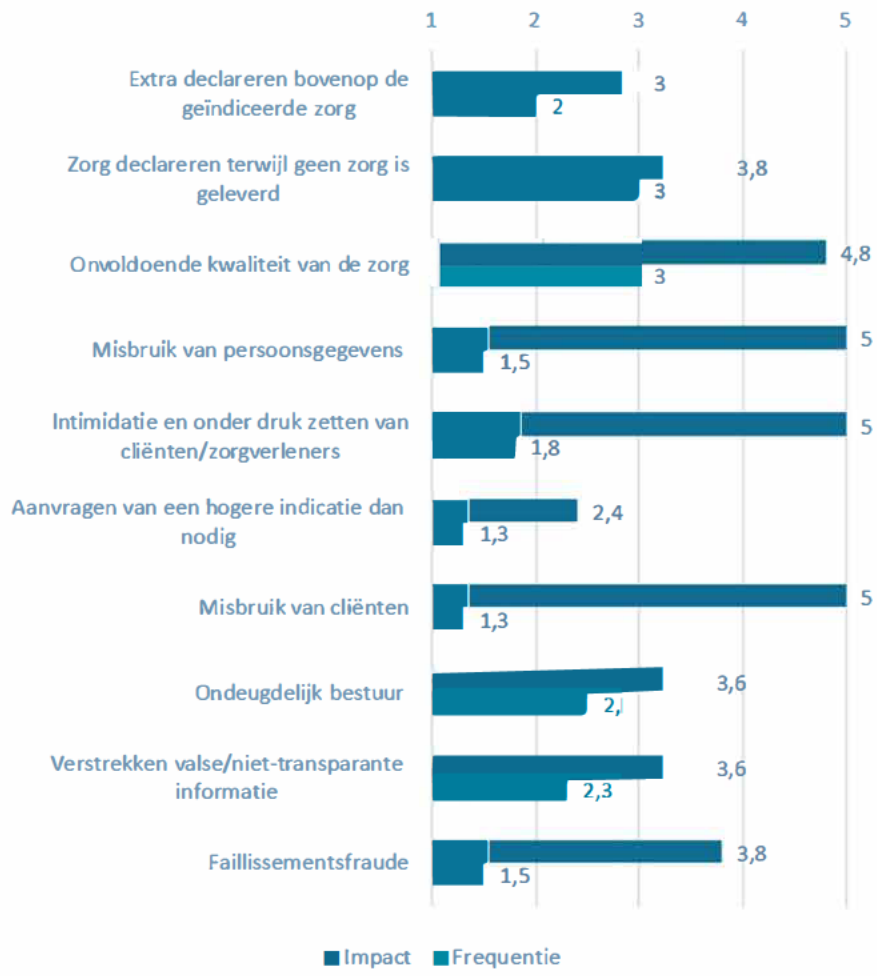
3.3 Impact

Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact.

Wat betreft de financiële impact kunnen we weinig harde conclusies trekken. Het is niet bekend wat de totale financiële omvang van fraude in de verpleeghuiszorg is, waardoor ook niets gezegd kan worden over de financiële impact per fraudevorm. Wel kan algemeen gesteld worden dat naarmate een fraudevorm vaker voorkomt, de financiële impact hiervan waarschijnlijk groter zal zijn.

Aan de experts en zorgkantoren is gevraagd in welke mate de bovengenoemde fraudevormen voorkomen in signalen. Daarnaast is gevraagd welke mate van impact de fraudevormen hebben op cliënten, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld/negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5[18]. In figuur 1 zijn de gemiddelde scores van de zorgkantoren weergegeven op de vragen naar de frequentie en impact van de verschillende fraudevormen.

***Figuur 1**. Frequentie en impact van fraudevormen volgens zorgkantoren*



[18] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt (vrijwel) nooit voor' en score 5 voor 'dit komt voor bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.

De fraudevormen die zorgkantoren het meest zien in signalen zijn *zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd* en *onvoldoende kwaliteit van de zorg*. Andere fraudevormen die in signalen voorkomen zijn:

- Extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg
- Ondeugdelijk bestuur
- Verstrekken valse/niet-transparante informatie

De fraudevormen *misbruik van persoonsgegevens, intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners, aanvragen van een hogere indicatie dan nodig, misbruik van cliënten* en *faillissementsfraude* komen weinig voor in de fraudesignalen. Daarentegen worden de fraudevormen *misbruik van persoonsgegevens, intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners* en *misbruik van cliënten* beoordeeld als het meest impactvol voor de cliënten.

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om de frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 3 is onderscheid gemaakt naar fraudevormen met hoge frequentie en/of impact.

***Tabel 3**. Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact*

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor cliënt
Extra declareren bovenop de geïndiceerde zorg		x
Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd	x	x
Onvoldoende kwaliteit van de zorg	x	x
Misbruik van persoonsgegevens		x
Intimidatie en onder druk zetten van cliënten/zorgverleners		x
Aanvragen van een hogere indicatie dan nodig		
Misbruik van cliënten		x
Ondeugdelijk bestuur		x
Verstrekken valse/niet-transparante informatie		x
Faillissementsfraude		x

Uit de tabel is af te leiden dat de volgende fraudevormen zowel een hoge frequentie als een hoge impact voor cliënten hebben volgens zorgkantoren: *Zorg declareren terwijl geen zorg is geleverd* en *onvoldoende kwaliteit van de zorg*.

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de verpleeghuiszorg

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf elementen in sector verpleeghuiszorg:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod en de zorgaanbieder
4. Registratie en declaratie
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen hebben we hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan het frauderisico. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de interviews. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken van de sector verpleeghuiszorg die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, dat wederom is voorgelegd in een vragenlijst aan zorgkantoren.

In dit hoofdstuk worden deze kenmerken benoemd en de input die de experts hierbij heeft geleverd. Vervolgens wordt aan de hand van het oordeel van de

experts en zorgkantoren ingegaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdragen leveren aan frauderisico's in de verpleeghuiszorg.

[redacted]
art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]
art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

5. Conclusie

Het IKZ doet onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Eén van deze sectoren is de verpleeghuiszorg. Dit onderzoek heeft tot doel om aard, impact, omvang (voor zover bekend) en achtergronden/oorzaken van zorgfraude in de verpleeghuiszorg in kaart te brengen.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de verpleeghuiszorg is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Verpleeghuiszorg	Verpleeghuiszorg betreft verpleging en verzorging gedurende dag en nacht, geneeskundige behandeling en daarmee verband houdende fysiotherapie, revalidatie, reactivering en bezigheidstherapie in het verpleeghuis. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Het begrip Verpleeghuiszorg wordt gebruikt voor alle **institutionele Wlz-zorg** voor cliënten die intramuraal in een verpleeghuis verblijven of in een vergelijkbare woonsetting, zoals geclusterd vpt. Het gaat om zorg zoals verpleging, verzorging, behandeling, begeleiding en dagbesteding. Onder het begrip Verpleeghuiszorg valt ook algemene medische zorg (vergelijkbaar met huisartsenzorg) en mondzorg aan cliënten die intramuraal verblijven (waarbij ook de verblijfskosten uit de Wlz worden betaald), aangezien in die gevallen deze zorg uit het integrale Wlz-pakket wordt bekostigd. Medisch specialistische zorg, paramedische zorg en ggz die losstaat van de Wlz-behandeling (en dus zonder overleg en afstemming met de instelling kan worden geleverd), wordt bekostigd uit de Zvw en hiervoor dienen de overeenkomstige Zvw-begrippen te worden gebruikt. Wlz-zorg in de thuissituatie valt onder andere begrippen (bijvoorbeeld Begeleiding, Wijkverpleging). NB. onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging.	Wettelijk kader: Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: Personen die vanwege lichamelijke ziekte of beperking en/of psychogeriatrische aandoening blijvend permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben. Zorgverleners: divers, o.a. woonbegeleiders, activiteitenbegeleiders, verzorgenden, verpleegkundigen, paramedici, gedragskundigen en artsen. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Frauderisico's in de wijkverpleging

23 december 2021

ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Aanleiding en achtergrond ... 3
   1.2 Doel van het onderzoek ... 3
   1.3 Onderzoeksvragen ... 4
   1.4 Onderzoeksopzet ... 4
2 Kenmerken van de sector wijkverpleging ... 5
   2.1 Afbakening van het begrip wijkverpleging ... 5
   2.2 Kengetallen sector ... 5
   2.3 Kenmerken van de sector ... 6
3. Aard, omvang en impact van fraude in de wijkverpleging ... 10
   3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden ... 10
   3.2 Omvang van de fraude(signalen) ... 12
   3.3 Impact van de verschillende fraudevormen ... 14
4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de wijkverpleging ... 17
   4.1 Kenmerken van de sector die bijdragen aan het frauderisico ... 17
   4.2 Mate waarin de kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico ... 21
5. Conclusie ... 23
Bijlage ... 26

1. Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.1 Aanleiding en achtergrond

In 2017/2018 is de pilot Zorgbrede Risico Analyse (ZBRA) door het IKZ, samen met de NZa en de FIOD, uitgevoerd. Toentertijd is de wens uitgesproken om te komen tot een totaalbeeld van risico's op fraude in alle deelsectoren van de zorg. Onder andere vanwege problemen omtrent definities en taal en het ontbreken van data is het in 2018 niet gelukt om een totaalbeeld te geven. In 2019 is een gezamenlijk begrippenkader tot stand gekomen waardoor er nu meer eenheid is van taal. Daarbij is er in samenspraak met de partners voor gekozen om het vervolg op de ZBRA niet voor alle zorgsoorten uit te voeren, maar voor een selectie.

Voor alle zorgsoorten is aan de partners gevraagd of deze meegenomen moeten worden in dit vervolgonderzoek naar risico's, en hierbij een motivatie mee te geven. Dit kan bijvoorbeeld zijn dat er hoge risico's worden ervaren op basis van casuïstiek of juist omdat er nog weinig bekend is over de aard/omvang van zorgfraude in een bepaalde sector.

Naar aanleiding van deze uitvraag is een aantal zorgsectoren geselecteerd voor nader onderzoek. Wijkverpleging is één van deze sectoren. Vrijwel alle partners geven aan geïnteresseerd te zijn in nader onderzoek naar frauderisico's in de wijkverpleging, met name omdat hier veel signalen over binnenkomen. Hierbij wordt onder meer aangegeven dat er zorgen zijn over de 'wildgroei' aan zorgaanbieders door lage toetredingsdrempels in combinatie met de mogelijkheid om veel geld te verdienen.

1.2 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om binnen de sector wijkverpleging aard, impact en achtergronden van zorgfraude in kaart te brengen. We willen daarbij meer zicht krijgen op de kenmerken van de sector wijkverpleging die fraude in de hand werken of kunnen werken. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan fraudegevoeligheid van de regelgeving, toetredingsdrempels, kenmerken van indicatiestelling en toezicht.
Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

[1] Het IKZ bestaat uit de volgende samenwerkingspartners: de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Inspectie gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Openbaar Ministerie (OM).

1.3 Onderzoeksvragen

We onderscheiden de volgende deelthema's: 1) kenmerken zorgsector, 2) aard, omvang en ernst van de fraude 3) achtergronden en oorzaken van de fraude en 4) conclusies over de risico's op fraude. De deelvragen per thema zijn als volgt:

Kenmerken van de sector wijkverpleging

1. Wat is de definitie van wijkverpleging en welke onderdelen vallen er onder?
2. Wat is er bekend over de kengetallen van de sector wijkverpleging, zoals het totaal aantal zorgaanbieders en financiële omvang?
3. Uit welke stappen bestaat het proces van zorgverlening, van toegang tot de markt tot en met controle en toezicht op de wijkverpleging?
4. Welke wet- en regelgeving is van toepassing op wijkverpleging?

Aard, omvang en ernst van fraude in de wijkverpleging

5. Wat is er bekend over de omvang van fraude in de wijkverpleging?
6. Wat is, op basis van (recente) fraudesignalen, de aard van de fraude in de wijkverpleging?
7. Wat kan er gezegd worden over de ernst en impact van deze fraude?

Achtergronden en oorzaken van fraude in de wijkverpleging

8. Welke risico's met betrekking tot fraude doen zich voor in de wijkverpleging, gezien de kenmerken van de sector?

Conclusies

9. Wat kunnen we op basis van de resultaten concluderen over risico's op en impact van fraude in de wijkverpleging [2]?

1.4 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

- Ten eerste is een analyse gedaan op de aard van de fraudesignalen over wijkverpleging die in de periode 2019 t/m medio 2021 binnen het IKZ-verband zijn gedeeld. Dit heeft tot een overzicht van fraudevormen geleid.
- Daarbij is deskresearch gedaan naar rapportages over (fraude in) de sector, kengetallen en de kenmerken van de sector zoals de geldende wet- en regelgeving.
- Daarna is een expertgroep georganiseerd waarin fraudevormen in de wijkverpleging zijn besproken en kenmerken zijn benoemd die frauderisico's in de wijkverpleging kunnen veroorzaken. Gezamenlijk met de experts zijn hypothesen opgesteld over welke kenmerken van de sector bijdragen aan het frauderisico.
  De expertgroep bestond uit de volgende deelnemers:
  - Een specialist fraudebeheersing van CZ
  - Een senior inspecteur Verpleging en Verzorging van de IGJ
  - Een onderzoeker van de NZa op het gebied van toezicht op de wijkverpleging
  - Een beleidsmedewerker zorgfraude van het OM-FP
- De fraudevormen en hypothesen zijn hierna in een vragenlijst voorgelegd aan acht zorgverzekeraars om te toetsen of deze bevestigd worden. Ook is via de vragenlijst informatie verzameld over de aantallen (fraude)signalen die in 2019 en 2020 over wijkverpleging zijn ontvangen door deze zorgverzekeraars. De vragenlijst is uiteindelijk ingevuld door zeven zorgverzekeraars [3].

[2] Deze vraag wordt beantwoord door de onderzoeksresultaten van verschillende sectoren in relatie tot elkaar te bezien, en dus niet in absolute zin op basis van de resultaten van één sector.

[3] Deze zeven zorgverzekeraars vertegenwoordigen gezamenlijk 94% van het marktaandeel wat betreft aantal verzekerden.

2 Kenmerken van de sector wijkverpleging

2.1 Afbakening van het begrip wijkverpleging

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld[4], hanteren we de volgende definitie voor het begrip wijkverpleging:

> Wijkverpleging is het onderdeel van de thuiszorg dat verpleging, verzorging, informatie, advies en voorlichting biedt in de thuissituatie aan mensen die deze zorg door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk nodig hebben.

Het gaat kortgezegd om verpleging en verzorging in de thuissituatie aan personen die zelfstandig wonen. In de meeste gevallen wordt deze zorg bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). Bekostiging vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) is ook mogelijk indien er sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. In de Wlz wordt in plaats van over wijkverpleging ook wel gesproken over verpleging en verzorging in de thuissituatie.

Wat niet valt onder het begrip wijkverpleging

Conform het begrippenkader dat door de TIZ-partners is vastgesteld, vallen de onderstaande vormen van zorg niet onder het begrip wijkverpleging:

- Institutionele Wlz-zorg voor cliënten die intramuraal in een verpleeghuis verblijven of in een vergelijkbare geclusterde woonsetting, valt onder het begrip 'verpleeghuiszorg', en maakt geen deel uit van dit onderzoek.
- Persoonlijke verzorging in de thuissituatie gericht op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, die niet samenhangt met verpleging, wordt bekostigd vanuit de Wmo. Deze zorg valt onder het begrip 'persoonlijke verzorging' en maakt eveneens geen onderdeel uit van dit onderzoek.

2.2 Kengetallen sector

De NZa publiceert op haar website cijfers over de wijkverpleging in de periode 2015 -2018[5]. Hierin zijn de volgende kerncijfers gerapporteerd.

Aantal cliënten

Jaarlijks maken ruim een half miljoen mensen gebruik van wijkverpleging vanuit de **Zvw**. In 2020 ging het om **576.600 personen**. De overgrote meerderheid maakt gebruik van zorg in natura, zo'n 21.000 kopen de wijkverpleging vanuit de Zvw in met een persoonsgebonden budget.[6]

Over mensen die gebruik maken van verpleging en verzorging vanuit de **Wlz** in de thuissituatie zijn geen exacte cijfers vanuit openbare bronnen beschikbaar. Wel blijkt uit data van het CBS dat in 2019 zo'n **15.600 personen** gebruik maakten van een volledig pakket thuis (VPT) met een Wlz-indicatie voor verpleging en verzorging, en aanvullend nog **11.400 personen** een persoonsgebonden budget (pgb) hadden voor verpleging en verzorging vanuit de Wlz[7]. Deze personen maken echter niet allemaal gebruik van zorg die valt onder de definitie van wijkverpleging zoals we die in dit onderzoek gebruiken[8].

[4] Zie bijlage.

[5] https://www.nza.nl/zorgsectoren/wijkverpleging/kerncijfers-wijkverpleging

[6] https://www.vektis.nl/intelligence/publicaties/factsheet-wijkverpleging

[7] Er is nog een derde groep die gebruikt maakt van Wlz in de thuissituatie, namelijk cliënten met een modulair pakket thuis (MPT). Het CBS geeft echter geen cijfers over deze groep.

[8] Cliënten met een VPT of pgb voor Wlz-zorg kunnen namelijk ook gebruik maken van wonen in groepsverband, in welk geval we deze zorg niet onder de thuiszorg en dus niet onder de noemer wijkverpleging, maar onder het begrip verpleeghuiszorg scharen.

Omdat exacte cijfers over verpleging en verzorging in de thuissituatie vanuit de Wlz niet beschikbaar zijn, maar wel duidelijk is dat deze omvang klein is in relatie tot wijkverpleging vanuit de Zvw, laten we deze zorg in de rest van deze paragraaf over kengetallen buiten beschouwing.

Aantal aanbieders

De NZa rapporteert in de kerncijfers wijkverpleging op haar website, dat er in 2020 **2.733 zorgaanbieders** wijkverpleging hebben gedeclareerd. Dat is een vergelijkbaar aantal als in 2019, maar iets lager dan in 2018, toen er ruim 3.000 aanbieders actief waren in de sector.

Onder deze zorgaanbieders vallen alle rechtspersonen die wijkverpleging vanuit de Zvw hebben gedeclareerd. Dit kunnen instellingen zijn maar ook zzp'ers (zelfstandigen) of een samenwerkingsverband van zzp'ers. Zzp'ers of onderaannemers die op een agb-code van een andere rechtspersoon declareren, evenals aanbieders die alleen pgb-gefinancierde zorg leveren, zijn niet in deze aantallen terug te zien.

Financiële omvang

De jaarlijkse kosten van wijkverpleging vanuit de Zvw nemen sinds 2018 iets af. In 2018 betroffen deze kosten €3,62 miljard, in 2019 €3,52 miljard en in 2020 **€3,43 miljard**.

De NZa laat desgevraagd weten dat de kosten van het volledig pakket thuis (VPT) vanuit de Wlz wel toenemen, namelijk van €640 miljoen in 2018 tot **€801 miljoen** in 2020[9].

2.3 Kenmerken van de sector

In deze alinea beschrijven we de kenmerken van de sector wijkverpleging aan de hand van de volgende onderdelen:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

1. Toegang voor zorgaanbieders

Om toegang te krijgen tot de zorgmarkt zijn de volgende wetten en procedures relevant voor aanbieders van wijkverpleging:

- Wet Toelating Zorginstellingen (Wtzi): instellingen die wijkverpleging aanbieden, dienen te beschikken over een Wtzi toelating. Hiervoor worden verschillende eisen gesteld, bijvoorbeeld met betrekking tot organisatiestructuur, toezicht, financiële administratie en verantwoording. Zzp'ers, aanbieders die alleen pgb-gefinancierde zorg leveren of alleen als onderaannemer werken, hoeven niet over een Wtzi-toelating te beschikken.
- Voor alle aanbieders van wijkverpleging (zowel instellingen als zelfstandigen, en ook aanbieders van pgb-gefinancierde zorg) geldt de Wkkgz, de Wet kwaliteit, klachten en geschillen in de zorg. In deze wet is vastgelegd dat aanbieders aan regels voor het leveren van goede zorg moeten voldoen. Zo moet de zorg in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht zijn, tijdig worden verleend, en afgestemd zijn op de reële behoefte van de patiënt. Deze wet stelt ook dat hoofdaannemers verplicht zijn om in een overeenkomst met een eventuele onderaannemer vast te leggen dat die zich aan dezelfde regels moet houden.

[9] Dit betreffen de totale kosten van het VPT, hier kunnen behalve cliënten die gebruik maken van verpleging en verzorging krijgen, ook cliënten onder vallen die gebruik maken gehandicaptenzorg.

- Voor medewerkers in de Wlz geldt de verplichting om een VOG (Verklaring Omtrent Gedrag) te overleggen. Deze VOG-verplichting geldt echter *niet* voor wijkverpleging vanuit de Zvw.

Wtza
Per 01-01-2022 wordt de Wtzi vervangen door de Wtza (Wet toetreding zorgaanbieders). De Wtza introduceert een meldplicht, een vergunningplicht en de eis van een onafhankelijk intern toezichthouder. De meldplicht in de Wtza geldt voor alle zorgaanbieders die zorg leveren vanuit de Zvw, de Wlz of de Jeugdwet, ook voor onderaannemers en aanbieders van pgb-zorg. De vergunningplicht geldt voor alle aanbieders die zorg (doen) verlenen met meer dan 10 zorgverleners, en aanbieders van medisch specialistische zorg. De vergunningplicht geldt ook voor aanbieders van pgb-gefinancierde zorg, maar niet voor onderaannemers, tenzij de hoofdaannemer een zogenoemde 'lege huls' is (die zelf geen zorg verleent).

Naast de eisen die voortvloeien uit bovengenoemde wetten worden vanuit zorgverzekeraars aanvullende eisen gesteld voor contractering, bijvoorbeeld:

- Er is een erkend kwaliteitssysteem met specifieke aandacht voor het doorlopen van de kwaliteitscyclus;
- de normen voor indicatie en organisatie van V&VN (de beroepsvereniging voor verplegenden en verzorgenden) worden toegepast;
- de wijkverpleegkundigen die niet onder artikel 3 van de wet BIG vallen, zijn geregistreerd als verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo master);
- er is een zorgclassificatie systeem;
- een minimaal percentage van de zorgverleners van de zorgaanbieder is ingeschreven in het kwaliteitsregister V&V (deskundigheid en bijscholing).

Voor nieuwe zorgaanbieders die een contract willen voor wijkverpleging worden soms additionele certificaten gevraagd, zoals een HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) certificaat of een ISO 9001 in de zorg (NEN-EN 15224) certificering.

Duidelijk is dat voor gecontracteerde wijkverpleging veel aanvullende eisen worden gesteld door zorgverzekeraars. Wijkverpleging kan echter ook geleverd worden door ongecontracteerde aanbieders. Het aandeel ongecontracteerde zorg binnen de wijkverpleging is in 2019 iets afgenomen ten opzichte van 2018: in 2018 maakte 5,6% van de cliënten gebruik van ongecontracteerde wijkverpleging, dit betrof 9% van de totale kosten. In 2019 waren deze percentages respectievelijk 3,5% en 5,7%[10].

2. Toegang voor patiënten, indicatiestelling en financiering

Wijkverpleging vanuit de Zvw
Wijkverpleging is bedoeld voor mensen die in de thuissituatie verpleging en/of verzorging nodig hebben vanwege ouderdom, een lichamelijke beperking of chronische ziekte. Deze zorg wordt vergoed door de zorgverzekeraar vanuit de basisverzekering van de zorgverzekeringswet. Er geldt geen eigen risico en geen eigen bijdrage.

Indicatiestelling gebeurt door een (Hbo-opgeleide) wijkverpleegkundige. Deze baseert zich hierbij op de normen van de beroepsgroep Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN).

Bij wijkverpleging vanuit de zorgverzekeringswet kan gekozen worden voor een pgb (persoonsgebonden budget). Deze dient bij de zorgverzekeraar te worden aangevraagd. De patiënt sluit dan zelf een overeenkomst af met (een) zorgverlener(s) die betaald worden vanuit het pgb. Ongeveer 3,5% van de patiënten maakt voor wijkverpleging vanuit de Zvw gebruik van een pgb.

[10] Monitor contractering wijkverpleging 2021, NZa.

Verpleging en verzorging in de thuissituatie vanuit de Wlz

Indien er sprake is van een blijvende behoefte aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, kan de patiënt aanspraak maken op zorg vanuit de Wlz. Er is dan een indicatie nodig van het CIZ, die wordt afgegeven op basis van informatie van een arts of behandelaar. De Wlz-zorg wordt door het zorgkantoor vergoed. De patiënt betaalt een eigen bijdrage voor Wlz-zorg.

Voor Wlz-zorg in de thuissituatie zijn er drie leveringsvormen van toepassing: een volledig pakket thuis (vpt), een modulair pakket thuis (mpt) of een pgb. Bij een volledig pakket thuis krijgt de patiënt alle zorg thuis geleverd door één zorgaanbieder. Bij een mpt wordt de zorg geleverd door meer dan één zorgaanbieder, en wordt eventueel een deel van de zorg vanuit een pgb bekostigd. Bij een (volledig) pgb koopt de patiënt alle zorg zelf in.

3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder

Zodra er een indicatie is voor wijkverpleging, kan de zorg geleverd worden door een zorgaanbieder. De zorgaanbieder kan een instelling zijn maar ook een zelfstandige (zzp'er). Zoals gezegd dient de indicatie (in het geval van wijkverpleging uit de Zvw) gesteld te worden door een Hbo-opgeleide wijkverpleegkundige. Voor de verlening van de zorg geldt deze opleidingseis niet. De zorg kan worden geleverd door (veelal Mbo-opgeleide) verplegenden, verzorgenden en helpenden.

Niveaus van zorgverleners binnen de wijkverpleging

- Helpenden en helpenden plus (niveau 2).
- Verzorgenden IG (niveau 3).
- Mbo-verpleegkundigen (niveau 4).
- Generalistische wijkverpleegkundigen (niveau 5, Associate degree).
- Hbo-verpleegkundigen (niveau 6, bachelor).
- Master opgeleide verpleegkundige (niveau 7), ook wel verpleegkundig specialist genoemd.

Hoewel er geen wettelijke eisen zijn aan de opleiding van personen die deze zorg[11] leveren, gelden wel de regels voor goede zorg vanuit de Wkkgz (zie eerder onder punt 1). Ook stellen, zoals eerder gezegd, zorgverzekeraars aanvullende (deskundigheids)eisen aan de aanbieders van gecontracteerde zorg.

4. Registeren en declareren van zorg

De NZa legt in de beleidsregel 'verpleging en verzorging' vast welke prestaties kunnen worden gedeclareerd voor wijkverpleging vanuit de Zvw.

Prestaties verpleging en verzorging 2021

- Persoonlijke verzorging
- Oproepbare verzorging
- Verpleging
- Oproepbare verpleging
- Gespecialiseerde verpleging
- Advies, instructie en voorlichting (AIV)
- Verpleging en verzorging aan kinderen tot 18 jaar
- Beloning op maat
- Regionale beschikbaarheidsfunctie voor onplanbare zorg
- Ketenzorg dementie
- Thuiszorgtechnologie

[11] Voor zorg die volgens de wet BIG valt onder voorbehouden en risicovolle handelingen, gelden wel wettelijke eisen aan de (opleiding van de) zorgverlener.

Voor de meeste van deze prestaties zijn maximumtarieven vastgesteld, voor sommige geldt een vrij tarief. Afhankelijk van de prestaties kunnen deze per 5 minuten geleverde zorg, per dag of per cliënt in rekening worden gebracht.

Vanuit de sector en de overheid is de afgelopen jaren ingezet op het verminderen van de registratielast in de wijkverpleging en sinds 2019 hoeft de registratie van geleverde wijkverpleging niet meer per vijf minuten plaats te vinden. In plaats daarvan mag er gebruik worden gemaakt van de alternatieve registratiestandaard, waarin het zorgplan en de daarvan afgeleide planning de basis vormen en er alleen iets geregistreerd hoeft te worden als er grote afwijkingen zijn[12] ('zorgplan=planning=realisatie, tenzij' (z=p=r,t)). Bij structurele afwijkingen dient het zorgplan te worden aangepast.
Hoewel de meerderheid van de aanbieders van wijkverpleging inmiddels volgens deze alternatieve standaard registreert, geldt dat nog niet voor alle organisaties. In de monitor contractering wijkverpleging 2020 rapporteerde de NZa dat nog steeds 34% van de aanbieders de vijfminuten registratie hanteert[13].

Experiment nieuwe bekostiging
Vanaf 2022 start een experiment voor nieuwe bekostiging van wijkverpleging. Hierbij wordt de zorg bekostigd op basis van cliëntprofielen. Aan het profiel wordt een budget gekoppeld met bijvoorbeeld tarieven per week of maand. Het doel is de administratieve lasten verder te verminderen en de autonomie van de zorgverlener te vergroten. Aan het experiment kunnen alleen gecontracteerde aanbieders deelnemen.

Toezicht

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de wijkverpleging. De IGJ verzamelt gegevens en selecteert risico's in de zorg. Op basis van de gesignaleerde risico's legt de IGJ bezoeken af aan instellingen om te onderzoeken hoe de kwaliteit van zorg geregeld is. Het kan gaan om algemene kwaliteitsaspecten of specifieke risico's of thema's waar onderzoek naar wordt gedaan. De IGJ probeert risico's tijdig te signaleren en aan te moedigen wat goed gaat. Bij dit bezoek wordt de kwaliteit en veiligheid getoetst door middel van een toetsingskader 'toezicht op de zorg thuis'.
Daarnaast vindt incidententoezicht plaats, naar aanleiding van calamiteiten. Indien tekortkomingen worden vastgesteld kan de IGJ verschillende maatregelen opleggen.

Ook de NZa houdt toezicht op de wijkverpleging, namelijk dat zorgaanbieders hun behandelingen volgens de geldende regelgeving registreren en in rekening brengen. Voor haar risico-gestuurd toezicht gebruikt de NZa binnenkomende signalen en ook data-analyse (afwijkingen van de benchmark). Ook ziet de NZa erop toe dat zorgverzekeraars zich houden aan hun zorgplicht (toegankelijkheid van zorg) en dat de nota voor de cliënt transparant is. Signalen van regelovertreding bespreekt de NZa met zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars. Eventueel legt de NZa een maatregel op zoals een boete. Relevante onderzoeksinformatie deelt de NZa in principe met de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars zien er op toe dat de declaraties van zorgaanbieders rechtmatig zijn. Indien er signalen zijn van mogelijke fraude door een zorgaanbieder, kan dit leiden tot nader onderzoek door de zorgverzekeraar.

[12] https://www.rijksoverheid.nl/binaries/rijksoverheid/documenten/kamerstukken/2020/11/23/kamerbrief-over-vijfminutenregistratie/kamerbrief-over-vijfminutenregistratie.pdf

[13] https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_304820_22/1/

3. Aard, omvang en impact van fraude in de wijkverpleging

3.1 Aard van de fraude en onrechtmatigheden

Op basis van een analyse van de fraudesignalen die door de partners van het IKZ zijn ingebracht, is een overzicht opgesteld van voorkomende fraudevormen en aanverwante onrechtmatigheden en onwenselijke fenomenen in de wijkverpleging. Deze fraudevormen[14] zijn voorgelegd aan de expertgroep, en gezamenlijk nader gespecificeerd en aangevuld. Dit heeft geresulteerd in het volgende overzicht van voorkomende fraudevormen in de wijkverpleging.

Gesignaleerde vormen van fraude en onrechtmatigheden

- Fraude met indicaties
- Samenspanning zorgaanbieder en cliënt/vertegenwoordiger
- Vervalsing identiteitsgegevens van cliënt
- Meer uren declareren dan geleverd
- Andere zorg declareren dan geleverd
- Onvoldoende zorg leveren
- Onbekwame zorgverleners
- Onder druk zetten van zorgverleners
- Vervalsing gegevens van zorgverleners
- Administratie niet op orde
- Ondeugdelijk bestuur
- Terugkerende malafide bestuurders

Deze vormen lichten we hieronder nader toe.

Fraude met indicaties

Onder fraude met indicaties verstaan we dat er zorg wordt geïndiceerd voor cliënten die geen zorg nodig hebben, of dat er meer of andere zorg wordt geïndiceerd dan de cliënt nodig heeft. In de fraudesignalen zien we bijvoorbeeld dat er bijzonder hoge indicaties worden gesteld die bij nader onderzoek onterecht blijken te zijn. Soms worden cliënten geïnstrueerd om de zorgvraag te overdrijven. Hierbij kan het zijn dat de wijkverpleegkundige onder druk wordt gezet door haar werkgever om te hoge indicaties te stellen, of dat een zelfstandige werkende wijkverpleegkundige zich laat betalen door een zorgorganisatie om (te) hoog te indiceren. Er zijn ook signalen dat zorgindicaties worden gesteld zonder dat de cliënt daadwerkelijk door een bevoegde indicatiesteller is gezien, of dat er indicaties worden gesteld voor cliënten die helemaal geen zorg nodig hebben. Hierbij komt het ook voor dat documenten die de zorgbehoefte moeten aantonen worden vervalst en/of dat gegevens van een indicatiesteller worden misbruikt.

Samenspanning zorgaanbieder en cliënt/vertegenwoordiger

Bij signalen van fraude in wijkverpleging is er in sommige gevallen sprake van samenspanning tussen de zorgaanbieder en de cliënt en/of diens vertegenwoordiger. De samenspanning wordt bijvoorbeeld gezien bij het stellen van valse indicaties en het declareren van zorg die niet geleverd is. In het geval van pgb-zorg zie we bijvoorbeeld signalen van samenspanning waarbij het onrechtmatig uitgekeerde budget verdeeld wordt tussen de zorgaanbieder en de budgethouder of diens vertegenwoordiger. In het geval van familierelaties tussen budgethouder en zorgverlener wordt soms ten onrechte het formele (hogere) tarief gedeclareerd.

Vervalsing identiteitsgegevens van cliënt

Er zijn signalen dat de zorgaanbieder identiteitsgegevens van de cliënt vervalst of valselijk gebruikt om niet geleverde zorg te kunnen declareren. Een verzekeraar

[14] Wij spreken hierbij gemakshalve over fraudevormen, echter het kan ook gaan om andere onwenselijke fenomenen/onrechtmatigheden zoals onvoldoende kwaliteit en ondeugdelijk bestuur.

meldt dat zorgaanbieders met regelmaat gebruik maken van de DigiD van cliënten om zorg te declareren. Soms wordt misbruik gemaakt van zorgpassen, die door oplichting afhandig zijn gemaakt, zijn gestolen of zijn gekocht van cliënten. Ook worden er nepfacturen ingediend met een vervalste handtekening van de cliënt om zorg te kunnen declareren die niet geleverd is. Een zorgverzekeraar geeft aan dat soms verzekerden niet eens weten dat hun naam gebruikt wordt om zorg te facturen terwijl er geen zorg wordt geleverd. Dossiers worden soms speciaal gefabriceerd ten behoeve van controles door verzekeraars.

Meer uren declareren dan geleverd

Regelmatig zien we in de fraudesignalen dat een zorgaanbieder vermoedelijk (structureel) meer uren declareert dan geleverd. Dit vertaalt zich dan in een hoog gemiddeld aantal uur gedeclareerde zorg per cliënt.
Ook zijn er signalen dat er wordt gedeclareerd over momenten dat de cliënt niet aanwezig is vanwege bijvoorbeeld verblijf in het buitenland of in een instelling.

Andere zorg declareren dan geleverd

Ook zien we binnen de fraudesignalen dat er andere zorg wordt gedeclareerd dan geleverd. In deze gevallen worden bijvoorbeeld lichtere prestaties zoals verzorging geleverd en wordt verpleging gedeclareerd. Of Wmo-zorg, zoals huishoudelijke hulp, wordt gedeclareerd als wijkverpleging. Hierbij is het ook mogelijk dat de zorgaanbieder de zorg bij twee loketten declareert, dus zowel bij de gemeente als bij de zorgverzekeraar.

Onvoldoende zorg leveren en onjuiste bejegening cliënt

Geregeld zijn er signalen dat cliënten kwalitatief of kwantitatief onvoldoende zorg krijgen. Uit de signalen komt bijvoorbeeld naar voren dat er niet voldoende zorgverleners zijn om de benodigde zorg voor de cliënten te kunnen leveren. Ook zijn er signalen van zorgverwaarlozing en gevallen waarbij de aanbieder niet voldoet aan de normen voor kwaliteit en veiligheid. In ernstige gevallen komt het voor dat cliënten worden geïntimideerd, worden afgeschermd van hun familie en de regie uit handen wordt genomen. Hierbij wordt ook gezien dat aanbieders hun eigen contactgegevens opvoeren bij de verzekeraar van de cliënt, of dat ze zich als naaste registeren en zo namens cliënten contact onderhouden met verzekeraars. Ook worden cliënten onder druk gezet om stukken te ondertekenen die de aanbieder opstelt (niet conform waarheid) of om enquêtes die verzekeraars in het kader van fraudeonderzoek uitzetten onjuist in te vullen.

Onbekwame zorgverleners

Signalen over slechte zorg gaan vaak gepaard met signalen over zorgverleners die niet bevoegd en/of niet bekwaam zijn. Ze beschikken bijvoorbeeld niet over de juiste diploma's, of leerlingen doen taken die niet in hun takenpakket zitten. Zeker waar het gaat om het uitvoeren van risicovolle verpleegkundige handelingen (bijvoorbeeld katheteriseren of toedienen van medicijnen), is het ernstig als dit door onbekwame zorgverleners wordt gedaan.

Onder druk zetten van zorgverleners

Het uitvoeren van risicovolle handelingen door zorgverleners die daar niet voor opgeleid zijn, kan gepaard gaan met het onder druk zetten van de zorgverlener door de organisatie. Het leveren van slechte zorg lijkt soms samen te gaan met slecht werkgeverschap. Zo zijn er signalen waarbij niet opgeleid personeel zwart in dienst is, weinig betaald krijgt, handelingen moeten verrichten waarvoor zij niet zijn opgeleid, terwijl de zorgorganisatie zelf hoge tarieven rekent en veel winst maakt.

Vervalsing gegevens van zorgverleners

Het OM en de IGJ signaleren dat ongediplomeerde zorgverleners soms 'zorg verlenen' onder valse voorwendselen zoals een valse identiteit, een valse VOG en/of valse diploma's. Ook zijn er signalen van zorguitzendbureaus die onbevoegden inhuren en inzetten bij zorgorganisaties. In sommige signalen komt naar voren dat deze ingehuurde personen over een strafblad beschikken. Deze personen beschikken niet over de juiste diploma's of VOG's, en maken in

sommige gevallen gebruik van vervalste documenten of van de identiteit van iemand die wel de juiste papieren heeft. In deze gevallen worden deze documenten bij zowel zorguitzendbureaus als zorgorganisaties onvoldoende op hun echtheid gecontroleerd.

Administratie niet op orde

Zorgaanbieders dienen een deugdelijke administratie te voeren over de geleverde zorg, ook zijn er richtlijnen voor dossiervoering, zorgplannen en zorgrapportages. Binnen de fraudesignalen zijn deze zaken geregeld niet op orde. Het is daardoor niet te controleren of de gedeclareerde zorg ook is geleverd.

Ondeugdelijk bestuur

Al genoemd is dat er signalen zijn van slecht werkgeverschap waarbij personeel slecht wordt behandeld. Daarnaast is er in algemene zin bij sommige signalen sprake van bestuur van de organisatie dat incapabel is en/of verkeerde intenties heeft. De organisatie lijkt er vooral op gericht om hoge winsten te maken, die vervolgens via ondoorzichtige bedrijfsconstructies worden weggesluisd, in plaats van het leveren van goede zorg. In deze gevallen wordt ook regelmatig gezien dat de bestuurder geen zorgachtergrond heeft maar afkomstig is uit een heel andere sector, bijvoorbeeld als eigenaar van of werknemer bij een taxibedrijf, kapperszaak of snackbar.

Terugkerende malafide bestuurders

We zien malafide bestuurders en hun familie/relaties ook geregeld terugkeren in nieuwe ondernemingen. Er is soms sprake van uitgebreide netwerken waarbij de verschillende betrokkenen in relatie staan tot elkaar of dezelfde personen terugkeren in een nieuwe rol. Regelmatig gaat een onderneming die nader onderzocht wordt failliet, waarna de betrokkenen doorstarten onder een nieuwe naam. Hierbij kan het ook zo zijn dat er op papier sprake is van een andere bestuurder (eventueel een familielid), maar dat de eerdere bestuurder vermoedelijk achter de schermen betrokken blijft.

Concluderend: samenhang tussen fraudevormen

Bij veel signalen van fraude in de wijkverpleging is er sprake van een combinatie van de hiervoor genoemde fraudevormen en andere onwenselijke fenomenen. Er bestaat dan ook een duidelijke samenhang hiertussen. Zo zien we in de meer ernstige signalen bijvoorbeeld dat er sprake is van ondeugdelijk bestuur, ongediplomeerde zorgverleners, te hoge indicaties en declaraties en slechte zorg. Naarmate er bij een zorgaanbieder signalen zijn van meerdere fraudevormen, is de kans groter dat er daadwerkelijk sprake is van opzettelijk frauderen.

3.2 Omvang van de fraude(signalen)

Zoals ook voor andere zorgsectoren geldt, is het niet mogelijk een uitspraak te doen over de totale omvang van fraude in de wijkverpleging. Zo is fraude niet altijd zichtbaar, en ook worden niet alle signalen van vermoedens van fraude onderzocht. Daarnaast is het ook met onderzoek vaak moeilijk om fraude aan te tonen, onder andere omdat hiervoor opzet dient te worden aangetoond.

Een factor die er extra aan bijdraagt dat het binnen deze sector lastig is om een goed te beeld te krijgen van de omvang, is de proportionaliteit van de signalen. De meeste signalen gaan over kleine zorgaanbieders met minder dan 50 cliënten en onder de 10 personen personeel. Het nader onderzoeken van deze signalen kost daarom relatief veel inzet.

Om toch iets over de omvang van het frauderisico in de wijkverpleging te kunnen zeggen, rapporteren we hier over het aantal signalen dat IKZ-partners hebben samengebracht in het Verzamelpunt Zorgfraude, het aantal signalen van fraude dat zorgverzekeraars rapporteren, en de omvang van de vastgestelde fraude door zorgverzekeraars.

Aantal signalen bij het IKZ

Tabel 1. *Aantal signalen over wijkverpleging gedeeld binnen het IKZ*

Jaar	Aantal signalen
2018	78
2019	123
2020	154

De cijfers in tabel 1 geven geen compleet beeld van alle fraudesignalen in de sector. De IKZ-signalen betreffen namelijk niet alle signalen van fraude, aangezien de IKZ-partners een eigen afweging maken of zij een signaal al of niet melden bij het IKZ, en de criteria hierbij kunnen verschillen.

Wel is duidelijk dat het aantal signalen over wijkverpleging dat de partners met het IKZ hebben gedeeld in de jaren 2018-2020 zowel absoluut als relatief is toegenomen, van 78 in 2018 tot 154 in 2020, terwijl het totaal aantal signalen niet is gestegen. Het aantal signalen over wijkverpleging is in alle jaren relatief hoog: in die drie jaren was wijkverpleging de zorgsoort waarover de meeste signalen binnen het IKZ werden gedeeld.

Verschillende experts die voor dit onderzoek zijn geraadpleegd, waaronder betrokkenen vanuit het OM, de IGJ, de NZa en verschillende zorgverzekeraars, herkennen dat de fraudeproblematiek binnen de wijkverpleging relatief groot is vergeleken met andere sectoren. Vanwege het hoge aantal signalen is er bij de partners dan ook veel aandacht voor de fraudeaanpak binnen de wijkverpleging.

Aantal signalen bij zorgverzekeraars

In een vragenlijst is aan acht zorgverzekeraars gevraagd hoeveel signalen van fraude in de wijkverpleging zij hebben ontvangen in 2019 en 2020. Zeven van hen hebben deze vragenlijst ingevuld. Deze zeven zorgverzekeraars vertegenwoordigen gezamenlijk 94% van het marktaandeel wat betreft aantal verzekerden.

Signalen over wijkverpleging vanuit de Zvw

Het aantal signalen dat de zorgverzekeraars in 2019 en 2020 over wijkverpleging vanuit de Zvw hebben ontvangen, varieert van minimaal 55 tot maximaal 900 over beide jaren. Deze aantallen betreffen alle fraudesignalen, hierop voeren de verzekeraars nog een nadere selectie uit om te bepalen of ze in aanmerking komen voor nader onderzoek.

De meeste zorgverzekeraars hebben in de jaren 2019-2020 per zorgverzekeraar tussen de 150 en de 300 signalen ontvangen van vermoedelijke fraude in de wijkverpleging. Dat geldt zowel voor kleinere als grotere zorgverzekeraars. Het is opvallend dat er geen duidelijk verband lijkt te zijn tussen aantallen signalen en grootte van de zorgverzekeraar, zo rapporteert een relatief kleine zorgverzekeraar de meeste signalen. Mogelijk hebben verschillende werkwijzen en selectiecriteria invloed op het aantal fraudesignalen per zorgverzekeraar.

We merken op dat vanwege mogelijk verschillende werkwijzen en criteria van zorgverzekeraars, alsook dubbelingen (signalen bij meerdere verzekeraars over dezelfde aanbieder) de aantallen fraudesignalen per zorgverzekeraar niet zomaar bij elkaar kunnen worden opgeteld om zo een indruk te krijgen van het totaal aantal fraudesignalen.

Signalen over extramurale verpleging en verzorging vanuit de Wlz

Vier van de zeven zorgverzekeraars hebben ook gerapporteerd over fraudesignalen betreffende verpleging in de thuissituatie vanuit de Wlz. Het gaat hier om wat minder signalen, variërend van zes tot 128 in twee jaar tijd, maar nog steeds om substantiële aantallen. Gemiddeld maakt de Wlz 20% uit van het totaal aantal signalen over wijkverpleging bij deze vier zorgverzekeraars.

Vastgestelde fraude

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) rapporteert jaarlijks over de aantallen vastgestelde fraude door zorgverzekeraars. In tabel 2 is weergegeven hoeveel fraude er in de jaren 2017-2020 door zorgverzekeraars in de wijkverpleging is vastgesteld.

Tabel 2. *Vastgestelde fraude in de wijkverpleging door zorgverzekeraars*

Jaar	Relatief aandeel totale fraude vastgesteld door zorgverzekeraars	Fraude bedrag
2017*	8%	€2,2 miljoen
2018	25%	€5,1 miljoen
2019	42%	€43 miljoen
2020	58%	€19,7 miljoen

Bron: Rapportages resultaten fraudebeheersing 2017-2018-2019, Zorgverzekeraars Nederland

** De cijfers uit 2017 zijn vertekend doordat een deel van de wijkverpleging destijds onder de noemer Thuiszorg AWBZ is meegenomen. Indien deze twee sectoren bij elkaar opgeteld zouden worden zou het fraudeaandeel van wijkverpleging in 2017 op 20% uitkomen.*

Uit tabel 2 komt naar voren dat de vastgestelde fraude in de wijkverpleging in 2019 beduidend hoger was dan in de jaren daarvoor, namelijk €43 miljoen. Ook het relatieve aandeel van deze sector in de totale fraude is fors gestegen. In 2019 kwam de wijkverpleging voor het eerst op de eerste plaats wat betreft vastgestelde fraude, in 2018 kwam deze sector nog op een derde plaats na de sectoren Wlz-pgb en ggz. Ook in 2020 nam wijkverpleging de eerste plaats in als sector met de meeste fraudesignalen, met een vertegenwoordiging van meer dan de helft, namelijk 58% van het totale fraudebedrag.

3.3 Impact van de verschillende fraudevormen

Bij de impact van de fraudevormen onderscheiden we de impact voor de cliënt en de financiële impact. Ook de maatschappelijke impact van fraude is relevant: sommige fraudevormen ondermijnen de verzorgingsstaat en het vertrouwen in de zorg.

Wat betreft de financiële impact kunnen we geen harde conclusies trekken. We weten niet wat de totale financiële omvang van fraude in de wijkverpleging is (slechts de vastgestelde fraude zoals in tabel 2 weergegeven), laat staan dat we kunnen zeggen wat de financiële impact per fraudevorm is. Wel kan algemeen gesteld worden dat naarmate een fraudevorm vaker voorkomt, de financiële impact hiervan (op macroniveau) waarschijnlijk groter zal zijn. De relatieve frequentie van een fraudevorm, zien we dan ook als indicator voor de financiële impact.

Over de maatschappelijke impact van de verschillende fraudevormen kunnen we op basis van dit onderzoek geen onderbouwde uitspraken doen. Wel kan verwacht worden dat met name de fraudevormen die wijzen op het oprichten van een zorginstelling met het doel om zo snel mogelijk veel geld te verdienen, ten koste van de kwaliteit van de zorg, zeer ondermijnend zijn voor het maatschappelijk vertrouwen in de zorg. Hierbij valt te denken aan de fraudevormen waarbij gegevens van cliënten en/of medewerkers worden vervalst, signalen van ondeugdelijk bestuur en terugkerende malafide bestuurders.

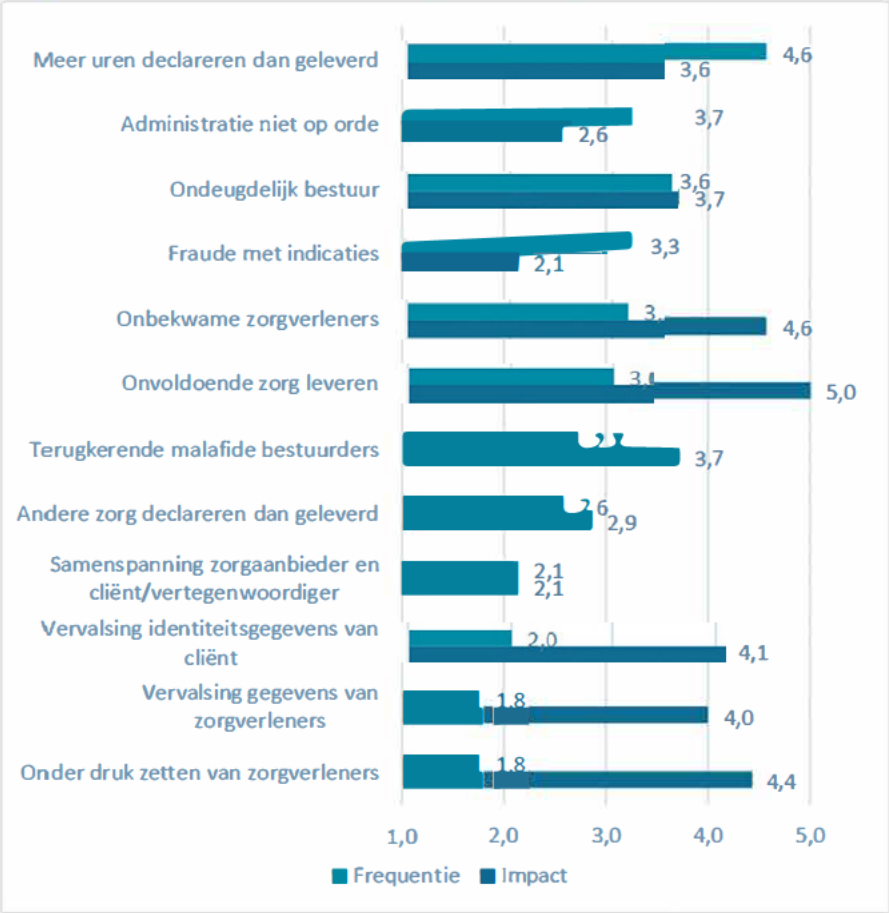
Hieronder gaan we, op basis van de vragenlijsten onder zorgverzekeraars en het oordeel van de expertgroep, in op de frequentie en impact voor de cliënt per fraudevorm.

Frequentie en impact volgens de zorgverzekeraars

In de vragenlijst voor zorgverzekeraars zijn de verschillende fraudevormen, die in overleg met de expertgroep zijn vastgesteld, voorgelegd. Hierbij is de vraag gesteld hoe vaak men deze fraudevorm ziet, binnen de eigen signalen over wijkverpleging. Ook is per fraudevorm gevraagd hoe men de impact voor de cliënt, ofwel de mate waarin de cliënt wordt benadeeld of negatieve gevolgen ervaart van deze fraudevorm, inschat. Op beide vragen kon een antwoord worden gegeven op een schaal van 1 tot en met 5[15].

In figuur 1 zijn de gemiddelde scores van de zorgverzekeraars weergegeven op de vragen naar de frequentie en de impact van de verschillende fraudevormen.

***Figuur 1:** Frequentie en impact van fraudevormen volgens zorgverzekeraars*



Bron: vragenlijst onder 7 zorgverzekeraars

[15] Bij de vraag naar de frequentie van een fraudevorm staat de score 1 voor 'dit komt vrijwel nooit voor'; 2: 'bij een minderheid van de fraudesignalen'; 3: 'bij de helft van de fraudesignalen'; 4: 'bij de meeste fraudesignalen 5: 'bij (vrijwel) alle fraudesignalen'. Bij de vraag naar de impact van een fraudevorm staat de score 1 voor 'helemaal niet ernstig' en score 5 voor 'zeer ernstig'.

In de figuur staan de fraudevormen die zorgverzekeraars het meest zien bovenaan. Daarbij is ook weergegeven hoe de impact voor de cliënt wordt ingeschat. De meeste voorkomende fraudevorm is het meer uren declareren dan geleverd, daarnaast zien de zorgverzekeraars ook regelmatig dat de administratie niet op orde is, de organisatie ondeugdelijk wordt bestuurd of dat er sprake is van fraude met indicaties. Ook onbekwame zorgverleners en het leveren van onvoldoende zorg worden geregeld gezien.

Van veel fraudevormen wordt ook een grote negatieve impact voor de cliënt verwacht. Logischerwijs staat het leveren van onvoldoende zorg hierbij bovenaan, alle zorgverzekeraars beoordelen de impact hiervan als zeer ernstig. Extra zorgelijk hierbij is dat deze fraudevorm ook regelmatig (bij ongeveer de helft van de fraudesignalen) voorkomt. Ook onbekwame zorgverleners hebben een ernstige impact voor de cliënt en worden geregeld gezien binnen de fraudesignalen. Andere fraudevormen met een grote impact zijn het onder druk zetten van zorgverleners en vervalsing van gegevens van zorgverleners of cliënten. Deze fraudevormen worden wel minder frequent gezien.

Voor het stellen van prioriteiten bij de fraudeaanpak is het mogelijk interessant om frequentie en impact voor de cliënt in samenhang te bekijken. In tabel 3 is onderscheid gemaakt naar fraudevormen met hoge frequentie en/of impact[16].

Indien men de fraudeaanpak zou willen prioriteren op fraudevormen waarvan zowel de impact als de frequentie hoog lijkt te zijn, zijn vooral (de bovenste) vier fraudevormen relevant. Het gaat hierbij om zaken waarbij onvoldoende (kwantitatief en/of kwalitatief) zorg wordt geleverd, maar ook om ondeugdelijke bestuurde zorgorganisaties.

Tabel 3. *Fraudevormen met een relatief hoge frequentie en/of impact*

	(relatief) hoge frequentie	(relatief) hoge impact voor de cliënt
Onvoldoende zorg leveren	X	X
Onbekwame zorgverleners	X	X
Ondeugdelijk bestuur	X	X
Meer uren declareren dan geleverd	X	X
Fraude met indicaties	X	
Administratie niet op orde	X	
Onder druk zetten van zorgverleners		X
Vervalsing gegevens van zorgverleners		X
Vervalsing identiteitsgegevens van cliënt		X
Terugkerende malafide bestuurders		X

Bron: vragenlijst onder 7 zorgverzekeraars

Frequentie en impact volgens expertgroep

Ook in de expertgroep is gesproken over frequentie en impact van de fraudevormen. De NZa ziet het meest de fraudevormen die te maken hebben met onrechtmatige declaraties (zoals teveel zorg declareren, zorg declareren die niet geleverd is, het declareren van andere zorg dan geleverd en een ondeugdelijke administratie).

Voor de IGJ gaat het bij de meest voorkomende vormen vooral om cliënten die niet de zorg krijgen die ze nodig hebben, zorgverleners die onbekwaam zijn en administratie die niet voldoet aan richtlijnen. Bij signalen over kleine zorgaanbieders wordt vooral gezien dat het bestuur incapabel is en/of dat ze verkeerde intenties hebben (namelijk vooral veel geld willen verdienen ten koste van de kwaliteit van de zorg).

[16] Voor 'hoog' is uitgegaan van een score van 3 of hoger.

Als gevraagd wordt welke vormen de meeste impact voor de cliënt hebben, geven de experts aan dat dit de fraudevormen zijn die over kwaliteit van zorg gaan. Dit komt overeen met het beeld van de zorgverzekeraars. De NZa meldt daarnaast dat het declareren van niet geleverde zorg naast impact voor de cliënt, ook veel financiële impact heeft op macroniveau.

4. Achtergronden en oorzaken van fraude in de wijkverpleging

In hoofdstuk 2 is een korte toelichting gegeven op de volgende vijf aspecten van de sector wijkverpleging:

1. Toegang voor zorgaanbieders
2. Toegang voor cliënten, indicatiestelling en financiering
3. Kenmerken van het zorgaanbod/de zorgaanbieder
4. Registeren en declareren van zorg
5. Toezicht

Aan de hand van deze vijf elementen hebben we hypothesen opgesteld over kenmerken van de sector die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, gebaseerd op onze kennis en ervaring op het gebied van zorgfraude. Deze hypothesen zijn getoetst en aangevuld in de expertgroep. Dit heeft geresulteerd in een overzicht van kenmerken van de sector wijkverpleging die mogelijk bijdragen aan het frauderisico, dat wederom is voorgelegd in een vragenlijst aan zorgverzekeraars.

Het vervolg van dit hoofdstuk benoemt allereerst deze kenmerken, en de input die de expertgroep hierop heeft geleverd, om vervolgens aan de hand van het oordeel van de experts en zorgverzekeraars in te gaan op de vraag welke kenmerken de grootste bijdrage leveren aan de frauderisico's in de wijkverpleging.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

5. Conclusie

Het IKZ doet onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Eén van deze sectoren is de wijkverpleging. Dit onderzoek heeft tot doel om aard, impact, omvang (voor zover bekend) en achtergronden/oorzaken van zorgfraude in de wijkverpleging in kaart te brengen.

[redacted]

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

Tot slot

Dit onderzoek naar frauderisico's in de wijkverpleging is onderdeel van een breder onderzoek naar frauderisico's in diverse zorgsectoren. Uiteindelijk zullen de bevindingen over de verschillende sectoren bij elkaar worden gebracht zodat in een breder perspectief conclusies getrokken kunnen worden over aard, impact en oorzaken van fraude in verschillende zorgsectoren.

Bijlage

Afbakening begrip wijkverpleging conform TIZ begrippenkader

Begrip	Omschrijving	Toelichting op afbakening	Nadere specificatie
Wijkverpleging	Wijkverpleging is het onderdeel van de thuiszorg dat verpleging, verzorging, informatie, advies en voorlichting biedt in de thuissituatie aan mensen die deze zorg door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk nodig hebben. **Bron: Thesaurus Zorg en Welzijn**	Wijkverpleging wordt bekostigd vanuit de Zvw, of uit de Wlz indien de persoon een Wlz-indicatie heeft en zelfstandig woont. NB. Onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging. Indien iemand persoonlijke verzorging ontvangt die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, en die niet samenhangt met verpleging, wordt deze bekostigd vanuit de Wmo. Deze zorg valt niet onder Wijkverpleging maar onder Persoonlijke verzorging.	Wettelijk kader: Zvw, Wlz Kenmerken patiënten/cliënten: personen die zelfstandig wonen en door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk verpleging en/of verzorging nodig hebben. Zorgverleners: (wijk)verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden. In geval van pgb-zorg ook informele zorgverleners mogelijk.

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

1. Inleiding

2. Belangrijkste bevindingen

3. Totaalbeeld handhavingsdruk

4. Van signaal tot onderzoek

5. Van onderzoek tot interventie

6. Ketensamenwerking

7. Overige analyses

8. Samenvatting en conclusie

9. Verantwoording

Rapport Handhavingsdruk

Versie 1

1. Inleiding

In maart 2021 heeft het Bestuurlijk Overleg TIZ ingestemd met een vervolg op de uitvraag naar de effecten van de opvolging van signalen, de zogenaamde Handhavingsdruk. Dit is één van de pijlers van het project 'Sturen op Effect' dat in 2021 is overgedragen aan het Informatie Knooppunt Zorgfraude. Er is in dat jaar een eerste analyse gepresenteerd met (incomplete) data over de jaren 2018-2019. In de beleidsgroep TIZ van september 2021 is besloten dat de TIZ door wil gaan met het meten van de handhavingsdruk om beter zicht te krijgen op de effectiviteit van de samenwerking.

In de BG TIZ van 8 september 2022 hebben de TIZ-leden (exclusief de VNG) afgesproken dat de gevraagde gegevens over 2020 en 2021 aangeleverd zouden worden. Deze gegevens hadden wij eind 2022 voor zover mogelijk compleet waarna wij zijn gestart met de analyse van de data.

Dit rapport beschrijft de bevindingen van de analyse van de opgevraagde gegevens. De doelstelling van dit project is inzicht te geven in de frequentie en effectiviteit van daadwerkelijke optredens tegen misstanden, fouten en fraude in de zorg. Dit rapport focust daarbij op de opvolging van signalen die in de jaren 2020 en 2021 zijn ingebracht door, dan wel gedeeld met, de volgende partners: CIZ, IGJ, NLA, NZa, ZN. De gegevens van de Belastingdienst, FIOD, OM en VNG (gemeenten) ontbreken. Signaaldelingen met deze partners zijn buiten beschouwing gelaten, omdat hier geen opvolginformatie over verkregen is.

1.1 Leeswijzer

Hieronder geven we aanvullende informatie om de data in het rapport op de juiste manier te interpreteren. Daarbij lichten we ten eerste de gebruikte analyseniveaus toe en definiëren we ten tweede een aantal belangrijke begrippen in de rapportage.

Analyseniveaus

In het rapport wordt de data afwisselend op drie verschillende niveaus weergegeven, afhankelijk van welk aspect van de opvolging en ketensamenwerking in de betreffende analyse behandeld wordt:

- Op zorgaanbiederniveau: alle (opvolgingen van) signalen worden gegroepeerd per zorgaanbieder, zodat een beeld kan worden gegeven van hoeveel signalen er per zorgaanbieder zijn, en hoe vaak er een onderzoek/interventie is geweest op deze aanbieder. Wanneer er niet kon worden achterhaald over welke aanbieder een signaal ging, is deze niet meegenomen in analyses.
- Op bronsignaalniveau: alle (opvolging van) signalen worden gegroepeerd per ingebracht signaal, zodat een beeld kan worden gegeven van hoe vaak een melding gedeeld wordt tussen partners, en hoe vaak een melding leidt tot een onderzoek/interventie, of dit nu bij de meldende partner is, of partners met wie is gedeeld.
- Op signaalniveau: alle (opvolgingen van) individuele unieke en afgeleide signalen, zodat een beeld kan worden gegeven van hoe vaak een melding óf deling leidt tot een onderzoek/interventie, en in hoeverre elke partner de door hen behandelde signalen opgevolgd heeft.

Gebruik de inhoudsopgave links om door het rapport te navigeren. Per onderwerp worden de bevindingen middels grafieken geschetst en voorzien van duiding. Onderaan het rapport wordt een verdere verantwoording gegeven.

Informatie in kaders met een lichtblauwe achtergrondkleur wordt getoond op basis van begeleidende selectiemenu's.

Klik op onderstaande knop om de begrippenlijst te tonen. Hier worden de definities en begrippen die we in dit rapport gebruiken nader toegelicht.

Toon begrippenlijst

2. Belangrijkste bevindingen

- Signalen die in IKZ-verband worden gedeeld krijgen door de ketensamenwerking veel vaker opvolging dan zonder de samenwerking het geval zou zijn: rond de helft van de signalen die onderzocht zijn is alléén door een andere partner onderzocht dan de partner die het signaal heeft ingebracht. Daarmee zorgt de ketensamenwerking voor bijna een verdubbeling in de opvolging van de signalen die bij het IKZ zijn ingebracht.
- In de jaren 2020 en 2021 samengenomen is er over 704 zorgaanbieders een aantal van 866 bronsignalen in IKZ-verband gedeeld.
- Van deze 704 zorgaanbieders is er naar 300 één of meerdere onderzoeken gedaan. Tien zorgaanbieders zijn vijf keer of vaker onderzocht.
- Bij ongeveer een kwart van de signalen is het onbekend of er een onderzoek heeft plaatsgevonden.
- De mate van opvolging en vaststelling van fraude en/of regelovertredingen verschilt tussen IKZ-partners.
- Leidt een onderzoek tot de vaststelling van misstanden, dan plegen partners doorgaans ook een interventie.
- Van de 122 interventies die in 2020 of 2021 zijn uitgevoerd, was de meest voorkomende soort interventie adviserend/stimulerend (35).

- Er is weinig zicht op in hoeverre interventies leiden tot het uiteindelijk stoppen van fraude en/of regelovertredingen. Om dit te duidelijker te maken kan ingezet worden op onderzoeksmatige, administratieve en procesmatige aanpassingen. De haalbaarheid hiervan is afhankelijk van de mogelijkheden van de ketenpartners.
- Het meer gestructureerde en consistenter bijhouden van informatie m.b.t. opvolging in het VPZF kan bijdragen aan een meer accuraat beeld van de handhavingsdruk.

3. Totaalbeeld handhavingsdruk

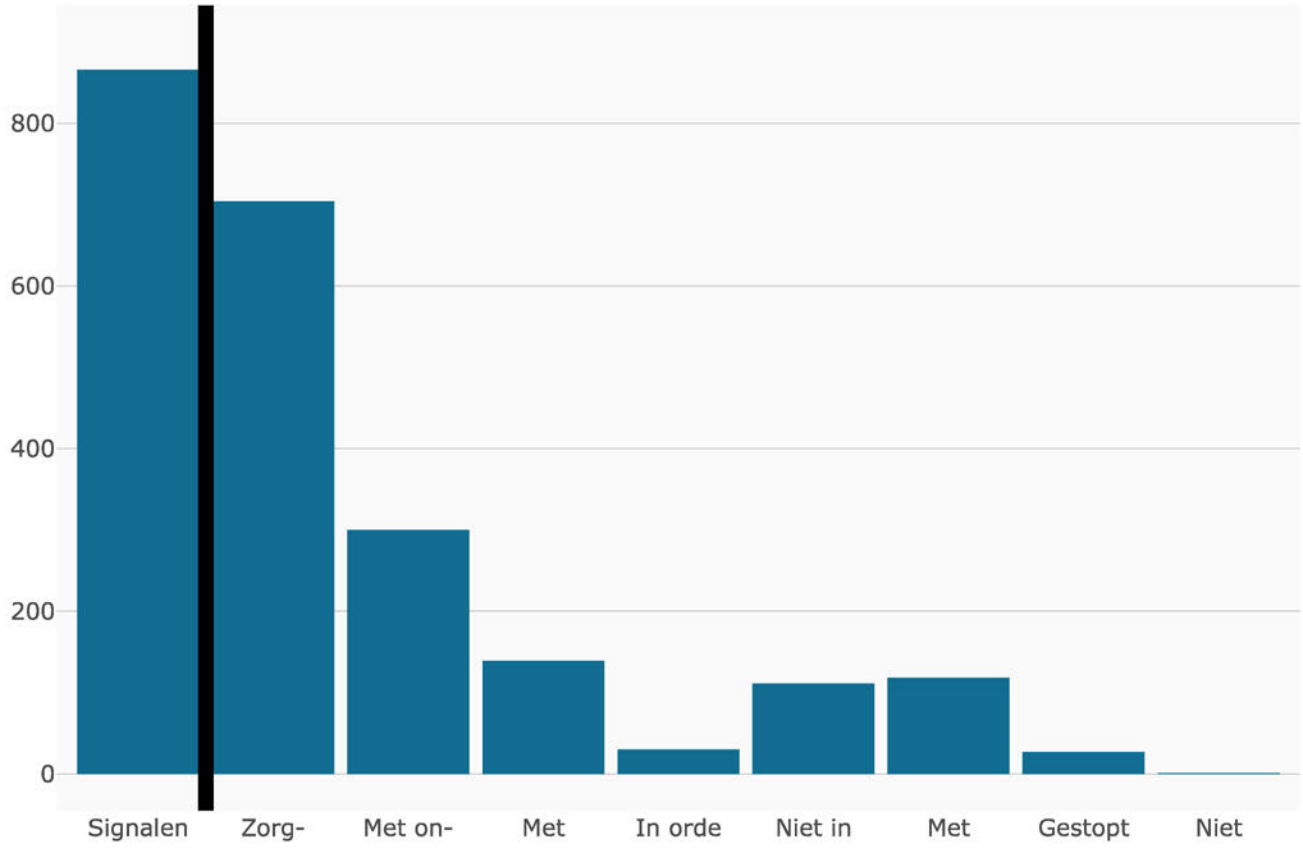
In dit hoofdstuk laten we een totaalbeeld zien van de handhavingsdruk. We geven over alle partners samen aan, en op partnerniveau, in hoeverre signalen zijn opgevolgd in de jaren 2020 en 2021. Het betreft hierbij signalen die in de periode januari 2020 tot december 2021 ingebracht en/of gedeeld zijn.

In het totaalbeeld geven we op hoofdlijnen een beeld van hoeveel signalen hebben geleid tot een onderzoek, interventie en eventuele stop van fraude/regelovertredingen. Na dit hoofdstuk staan we stil bij de verschillende stappen van dit traject.

3.1 Totaalbeeld alle partners

Gebruik de muis om per staaf het aantal signalen weer te geven. Deze mouse-overs verschijnen bij alle grafieken in dit rapport.

***Grafiek 1**. Totaalbeeld handhavingsdruk (bronsignaalniveau)*



Algemeen Details Kanttekeningen

Grafiek 1 geeft de data voor handhavingsdruk op hoofdlijnen weer. Aan de linkerkant van de grafiek is het totale aantal bronsignalen te zien die in 2020 en 2021 via het IKZ zijn ingebracht en/of gedeeld (866). Dit bevat ook bronsignalen die in een eerder jaar zijn ingebracht, maar die in 2020 of 2021 gedeeld zijn met een andere partner. Deze 866 signalen bevatten geen signalen waarvan niet zeker is over welke zorgaanbieder het signaal gaat. Het tweede balkje van links geeft aan op hoeveel zorgaanbieders de 866 signalen betrekking hebben (704).

In het vervolg zie je van links naar rechts: bij zo'n 43% (300) van deze zorgaanbieders is op het moment van de uitvraag minimaal één onderzoek in uitvoering en/of afgerond. Bij ongeveer 46% (139) van de zorgaanbieders waarbij minimaal één onderzoek plaats heeft gevonden is een duidelijke conclusie bekend:

- In 111 gevallen (80% van de zorgaanbieders met minimaal één duidelijke onderzoeksuitkomst) is vastgesteld dat er sprake is van fraude, een regelovertreding (anders dan fraude) of dat de indicatie niet passend is;
- In 30 gevallen (22% van de zorgaanbieders met minimaal één duidelijke onderzoeksuitkomst) is vastgesteld dat er geen fraude plaatsvindt of dat de indicatie passend is;
- Bij 85% (118) van de zorgaanbieders waarbij er een duidelijke uitkomst van een onderzoek was, is ook een interventie uitgevoerd. Bij 19% (27) van de zorgaanbieders met een duidelijke onderzoeksuitkomst heeft minimaal één partner geconcludeerd dat de fraude en/of regelovertreding (vermoedelijk) gestopt is.
- Bij 1 zorgaanbieder is geconcludeerd dat de opvolging van het signaal de fraude en/of regelovertreding níet gestopt heeft.
- In totaal is bij 4% (27) van de 704 zorgaanbieders waarover in 2020 en 2021 minimaal één signaal is ingebracht of gedeeld, binnen 2020 en 2021 geconcludeerd dat de fraude en/of regelovertreding is gestopt.

3.2 Totaalbeeld per partner

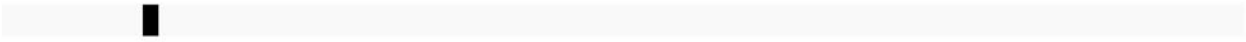
Klik op de onderstaande tabs om een totaalbeeld per ontvangende partner te bekijken. Deze grafieken tonen de opvolging van signalen die door de betreffende partner ontvangen zijn (en dus niet de opvolging binnen de keten van signalen ingebracht door díe partner). Grafiek 2f toont daarnaast een vergelijking tussen de partners.

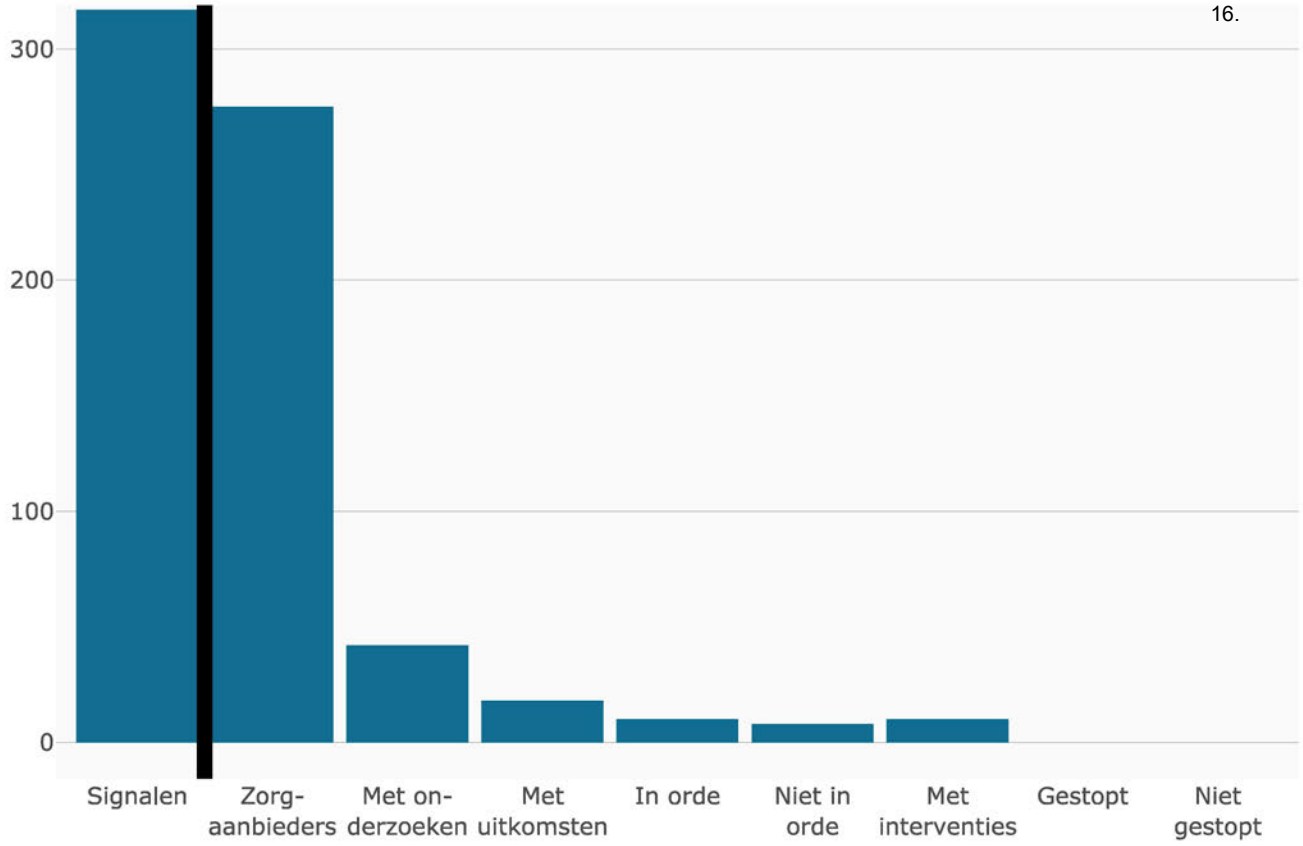
Let op: de mate van opvolging van signalen door individuele partners kan om twee redenen een onderschatting zijn:

1. Wanneer een signaal is ingebracht/gedeeld in 2021, heeft de partner mogelijk niet voldoende tijd gehad om deze op te pakken, omdat de uitvraag van de opvolgingsdata plaatsvond in 2022.
2. Soms wordt een signaal ter kennisname gedeeld met een andere partner, waarbij er geen directe acties nodig zijn. In dit geval is de meldende partner als enige de hoofdbehandelaar van het signaal. De relatieve mate van opvolging zou groter zijn wanneer alleen gekeken werd naar signalen ingebracht door de weergegeven partner.

CIZ IGJ NLA NZa ZN Alle partners

***Grafiek 2a**. Totaalbeeld CIZ (bronsignaalniveau)*





Met CIZ zijn in 2020 en 2021 in totaal 317 signalen gedeeld (inclusief de 21 door hen ingebrachte signalen). Deze signalen gingen over 275 verschillende zorgaanbieders. CIZ heeft in dezelfde periode bij 42 zorgaanbieders een onderzoek uitgevoerd en bij 10 zorgaanbieders een interventie uitgevoerd. Bij deze 10 zorgaanbieders was de interventie het herzien of intrekken van het indicatiebesluit.

3.3 Tussenconclusie

Er vindt binnen IKZ-verband een uitvoerige deling van signalen plaats, getuige de cijfers over 2020 en 2021. Voor een substantieel deel van de zorgaanbieders waarover een signaal is ingebracht is er voldoende aanleiding om deze nader te onderzoeken. Onderzoeken leiden niet altijd tot een duidelijke uitkomst. Echter, bij het overgrote deel van de onderzoeken waarbij er wél een duidelijke uitkomst is, wordt er een misstand vastgesteld (regelovertreding/fraude).

Onderzoeken kunnen ertoe bijdragen dat een interventie wordt gepleegd door een partner om misstanden bij de zorgaanbieder tegen te gaan. Wanneer partners een misstand vaststellen bij een zorgaanbieder, is in de meeste gevallen een interventie uitgevoerd. Het is echter de vraag hoe effectief deze interventies zijn, omdat vaak onduidelijk is of de interventie tot een stop van de regelovertreding/fraude heeft geleid.

Het totaalbeeld weerspiegelt daarmee de moeilijkheden om fraude en/of regelovertredingen ten eerste aan te tonen en ten tweede zicht te krijgen op de mate waarin deze misstanden gestopt zijn. Daarnaast is het moeilijk om op basis van de uitkomsten conclusies over de effectiviteit van toezicht en handhaving te trekken omdat weinig bekend is over de opvolging van signalen die niet in IKZ-verband gedeeld zijn.

4. Van signaal tot onderzoek

Wanneer de inhoud van een signaal daarom vraagt, kan er een onderzoek worden uitgevoerd door één of meerdere partners.

In dit hoofdstuk brengen we in beeld hoe vaak een signaal leidt tot een onderzoek. Hiervoor kijken we naar de status van het onderzoek. De analyse wordt gedaan op twee niveaus:

1. Op signaalniveau, om een beeld te geven van hoe vaak een signaal(deling) leidt tot een onderzoek, bij alle partners samen (4.1.1) en op partnerniveau (4.1.2).
2. Op bronsignaalniveau, om een beeld te geven van hoe vaak een ingebracht signaal bij tenminste één partner leidt tot een onderzoek (4.1.3).

Als laatste kijken we naar hoe vaak er meerdere onderzoeken worden gedaan naar één zorgaanbieder (4.2.1) en of dit verband houdt met het aantal signalen over deze zorgaanbieder (4.2.2).

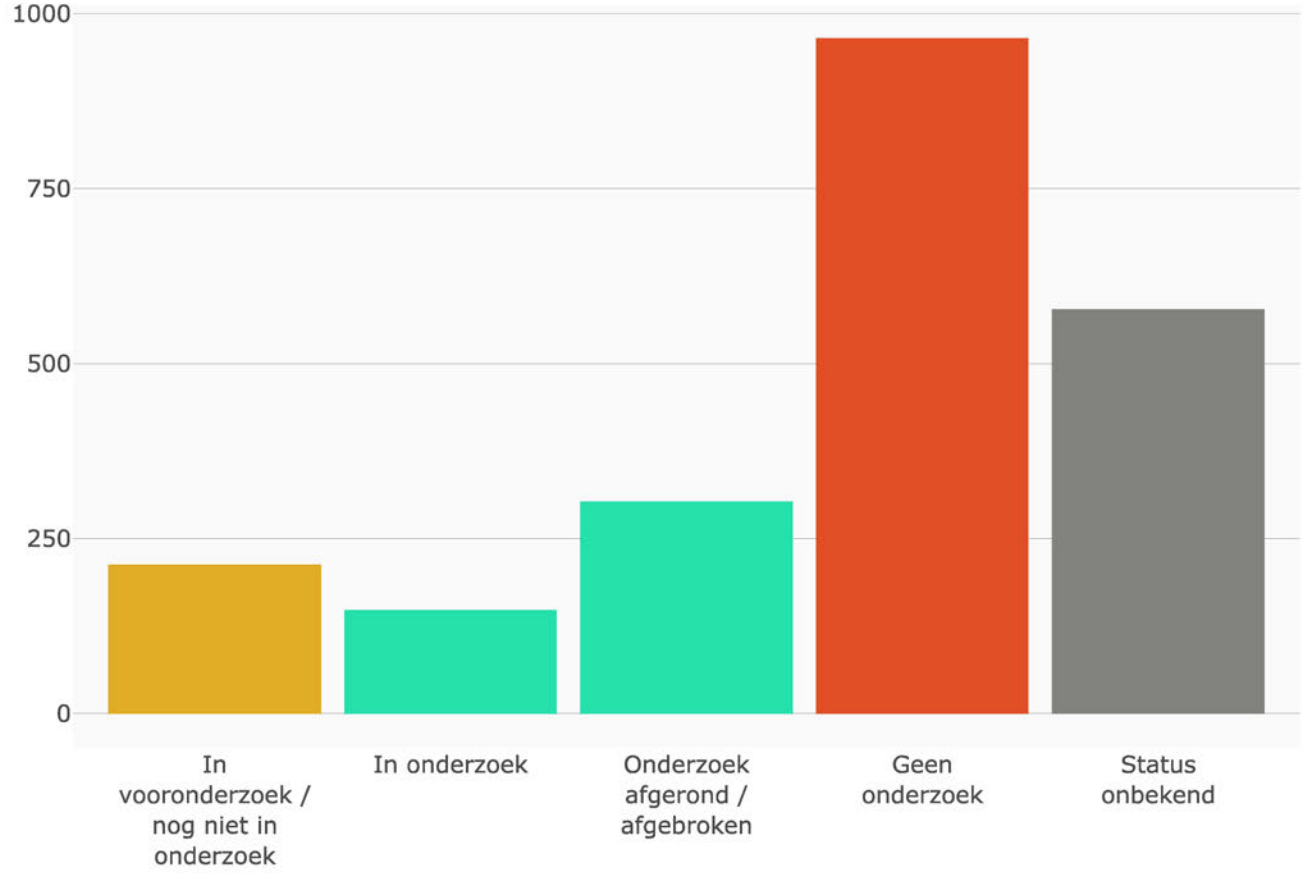
4.1 Status van het onderzoek

Zie het einde van deze paragraaf voor duiding die de verschillende grafieken in deze paragraaf bespreekt.

4.1.1 Status op signaalniveau, alle partners

In de jaren 2020 en 2021 samen is er 2207 keer een signaal binnen IKZ-verband gedeeld. Dit aantal bevat zowel ingebrachte bronsignalen als afgeleide signalen die gedeeld zijn tussen partners. Dit kunnen signaaldelingen zijn van in deze jaren ingebrachte signalen, maar ook delingen van eerder ingebrachte signalen. Grafiek 3 toont de status van het onderzoek bij deze 2207 signalen.

***Grafiek 3**. Status van het onderzoek (signaalniveau)*



4.1.2 Status op signaalniveau, per partner

Selecteer een partner om te zien wat de status van het onderzoek is van de signalen die in totaal in 2020 en 2021 door deze partner ingebracht en/of gedeeld zijn.

CIZ IGJ NLA NZa ZN

***Grafiek 4a**. Status van het onderzoek bij signalen ingebracht/ontvangen door CIZ (signaalniveau)*

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

4.1.3 Status op bronsignaalniveau

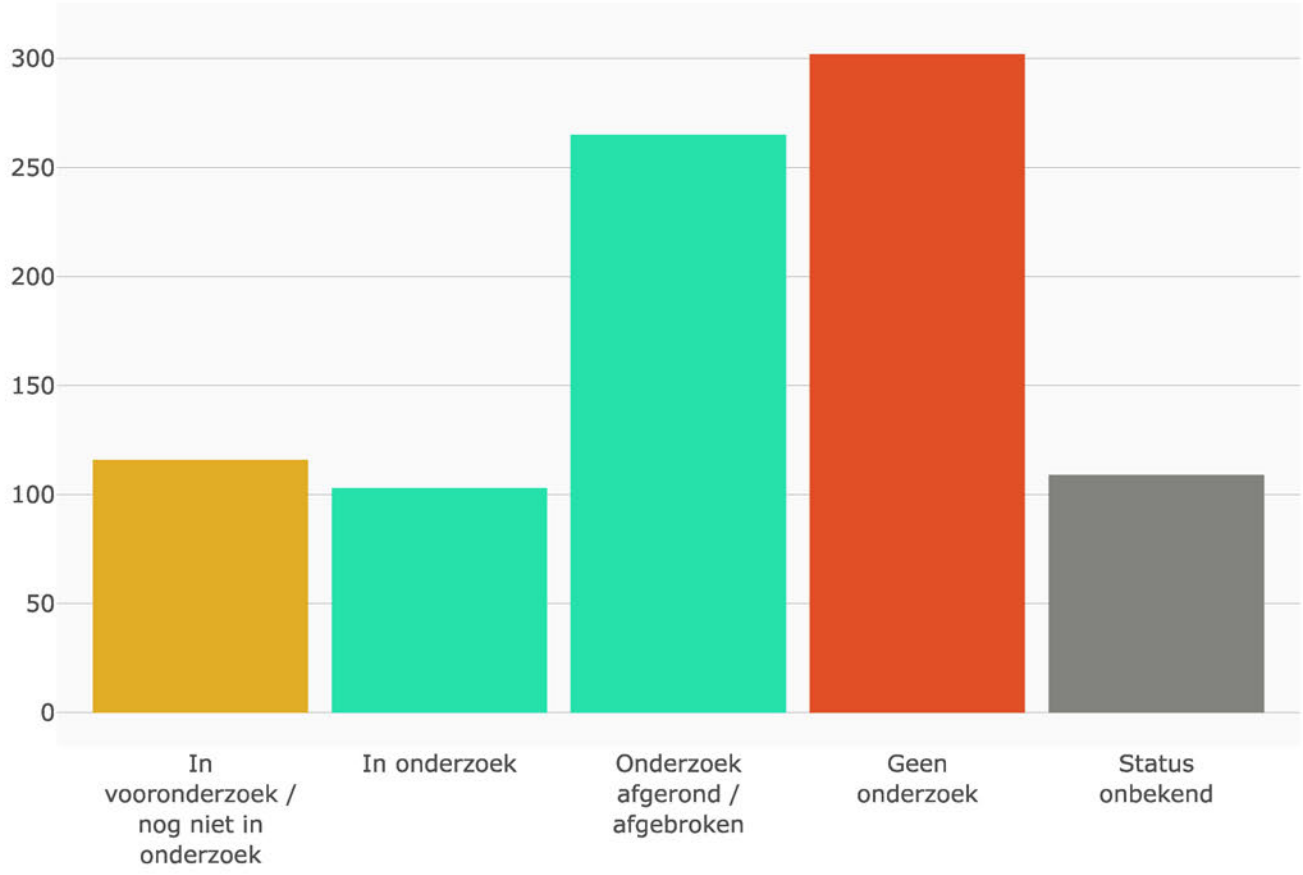
Grafiek 5 toont op bronsignaalniveau of er een onderzoek is ingesteld naar de zorgaanbieder. Het is op een getrapte manier opgebouwd: als er bij tenminste één partner een onderzoek is afgerond, dan wordt het bronsignaal onder 'Onderzoek afgerond/afgebroken' geplaatst. Is er door geen enkele partner een onderzoek afgerond, dan kijken we of er een onderzoek bezig is. Zo wordt de volgende volgorde gehanteerd:

1. Onderzoek afgerond/afgebroken
2. In onderzoek
3. In vooronderzoek/nog niet in onderzoek

4. Geen onderzoek
5. Status onbekend

Deze volgorde is gekozen om naar voren te brengen wanneer er wél opvolging van een bronsignaal heeft plaatsgevonden.

***Grafiek 5**. Status van het onderzoek (bronsignaalniveau)*



Algemeen | Details | Kanttekeningen

In deze grafieken wordt de status van het onderzoek weergegeven van de signalen die in 2020 en 2021 via het IKZ zijn gedeeld. Afhankelijk van op welk niveau we deze data bekijken, vormt zich een ander beeld:

1. Op signaalniveau (grafiek 3 en 4)

Van de 2207 signalen is bij bijna de helft (44%) geen onderzoek uitgevoerd. Dit aantal van 2207 bevat zowel in 2020 of 2021 ingebrachte bronsignalen als signaaldelingen die in deze periode hebben plaatsgevonden. Bij nog eens ruim een kwart (26%) van deze signalen is de status onbekend. Bij 14% is een onderzoek afgerond of afgebroken, bij 7% van de signalen loopt een onderzoek en bij 10% is het signaal in vooronderzoek/nog niet in onderzoek.

Op partnerniveau zien we steeds een vergelijkbaar patroon: de meerderheid van de signalen heeft niet geleid tot een onderzoek, of de status is onbekend. Verder valt op dat:

- CIZ en de IGJ relatief veel signalen in vooronderzoek of nog niet in onderzoek hebben
- CIZ de enige partner is waarbij de status van het onderzoek altijd bekend is

- bij de NZa en de NLA relatief de minste signalen (minder dan 5%) op het moment van uitvraag in onderzoek waren
- bij de NZa en de NLA relatief de meeste signalen (meer dan 15%) reeds onderzocht waren

2. Op bronsignaalniveau (grafiek 5)

Van de rond 900 bronsignalen is bij ongeveer één derde (34%) geen onderzoek uitgevoerd. Bij nog eens 30% is minimaal één onderzoek afgerond/afgebroken. De resterende categorieën komen ongeveer in gelijke mate voor: bij 12% is minimaal één onderzoek lopend, bij 13% is het bronsignaal minimaal één keer in vooronderzoek/nog niet in onderzoek en bij 12% is de status onbekend.

Het meest opvallende verschil met de grafiek op signaalniveau is dat in de grafiek op bronsignaalniveau er relatief veel meer afgeronde onderzoeken zijn.

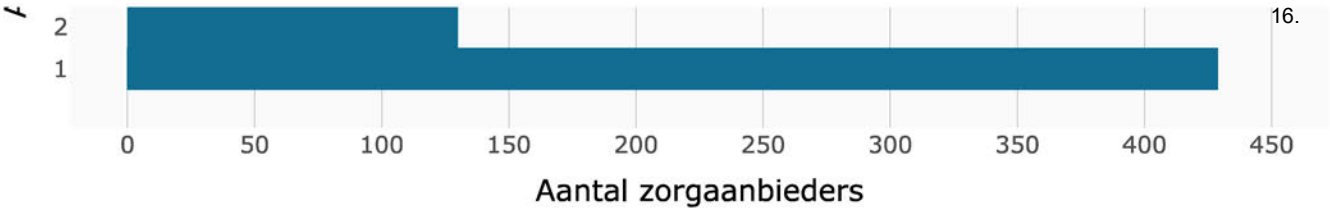
De verschillen tussen deze niveaus kunnen erop duiden dat een deel van de bronsignalen meer ter informatie met andere partijen gedeeld wordt, terwijl op bronsignaalniveau blijkt dat percentueel bij veel meer van de ontvangen signalen een onderzoek uitgevoerd wordt. Bijv. een bronsignaal wordt door partner X met drie andere partners gedeeld. Twee van deze partners ontvangen het signaal ter kennisname, terwijl de derde partner een onderzoek instelt en na verloop van tijd afrondt. Uitgedrukt op bronsignaalniveau is er dan relatief meer opvolging van het signaal.

4.2 Onderzoeken op zorgaanbiederniveau

In bovenstaande paragraaf toonden we hoe vaak een signaal leidt tot een onderzoek. In deze paragraaf laten we zien hoe vaak er een onderzoek is gedaan naar de 704 individuele zorgaanbieders over wie in 2020 en/of 2021 een signaal is ingebracht en/of gedeeld (4.2.1). Daarnaast laten we zien dat er een verband is tussen het aantal bronsignalen dat wordt ingebracht over een zorgaanbieder en de mate waarin er onderzoek is gedaan naar de betreffende zorgaanbieder (4.2.2).

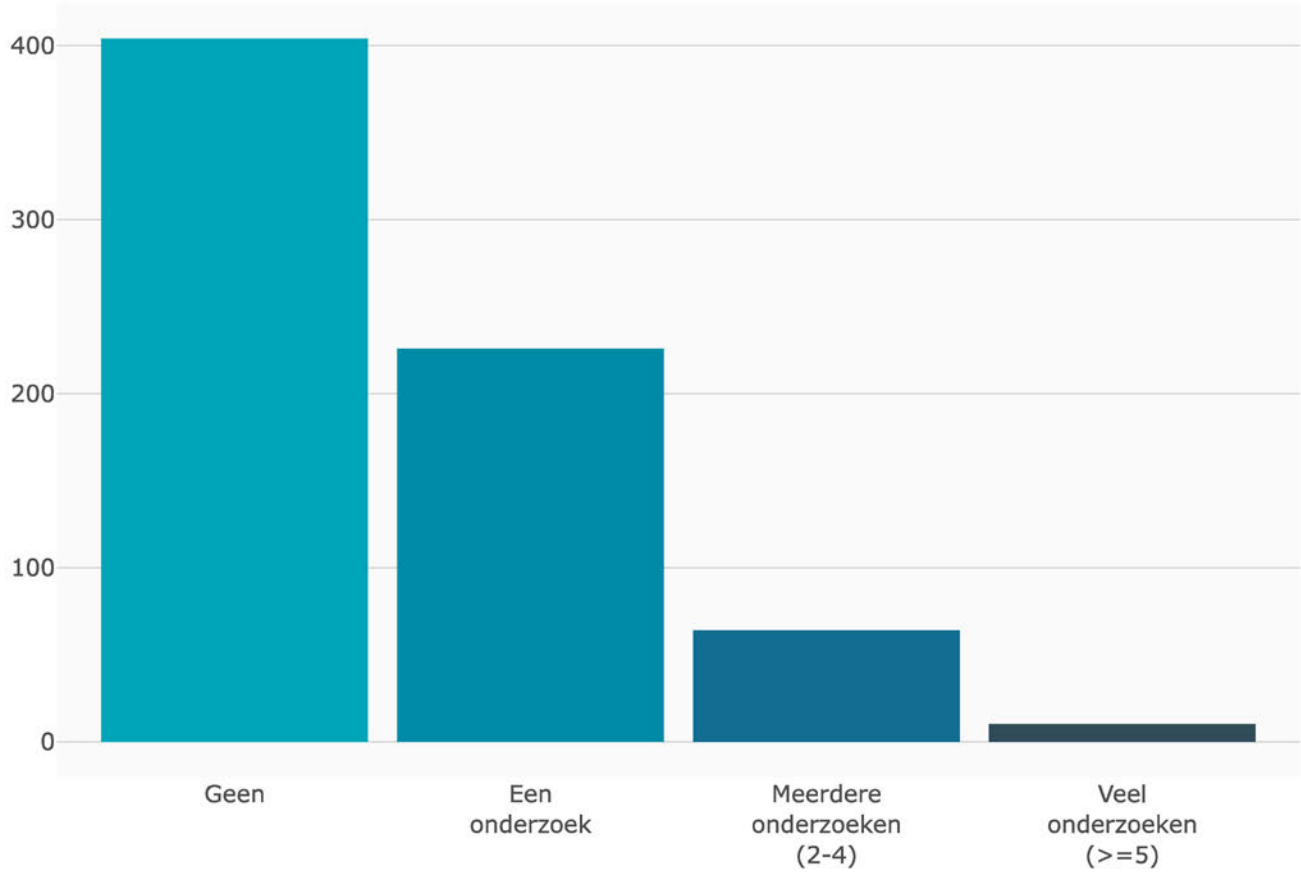
4.2.1 Signalen en onderzoeken per zorgaanbieder

***Grafiek 6**. Aantal bronsignalen per zorgaanbieder, in de periode 2017-2021 (zorgaanbiederniveau)*



Grafiek 6 bevat informatie over de 704 zorgaanbieders over wie in 2020 en/of 2021 een signaal is ingebracht en/of gedeeld. Het valt op dat er over de meeste zorgaanbieders niet eerder een signaal is ingebracht (429) in de periode van 2017 tot en met 2021, maar dat er 275 zorgaanbieders zijn over wie er meer dan één signaal is ingebracht. In de meeste gevallen (225) is dit aantal 2-4 signalen, maar bij 50 zorgaanbieders zijn er 5 of meer signalen bekend.

***Grafiek 7**. Onderzoeken per zorgaanbieder (zorgaanbiederniveau)*



De grafiek hierboven laat zien dat er naar 404 van de 704 zorgaanbieders (57%) geen of nog geen onderzoek is geweest. Bij 226 zorgaanbieders (32%) is er één onderzoek geweest, bij 64 zorgaanbieders (9%) tussen de twee en vier onderzoeken, en bij 10 zorgaanbieders (1%) meer dan vier onderzoeken.

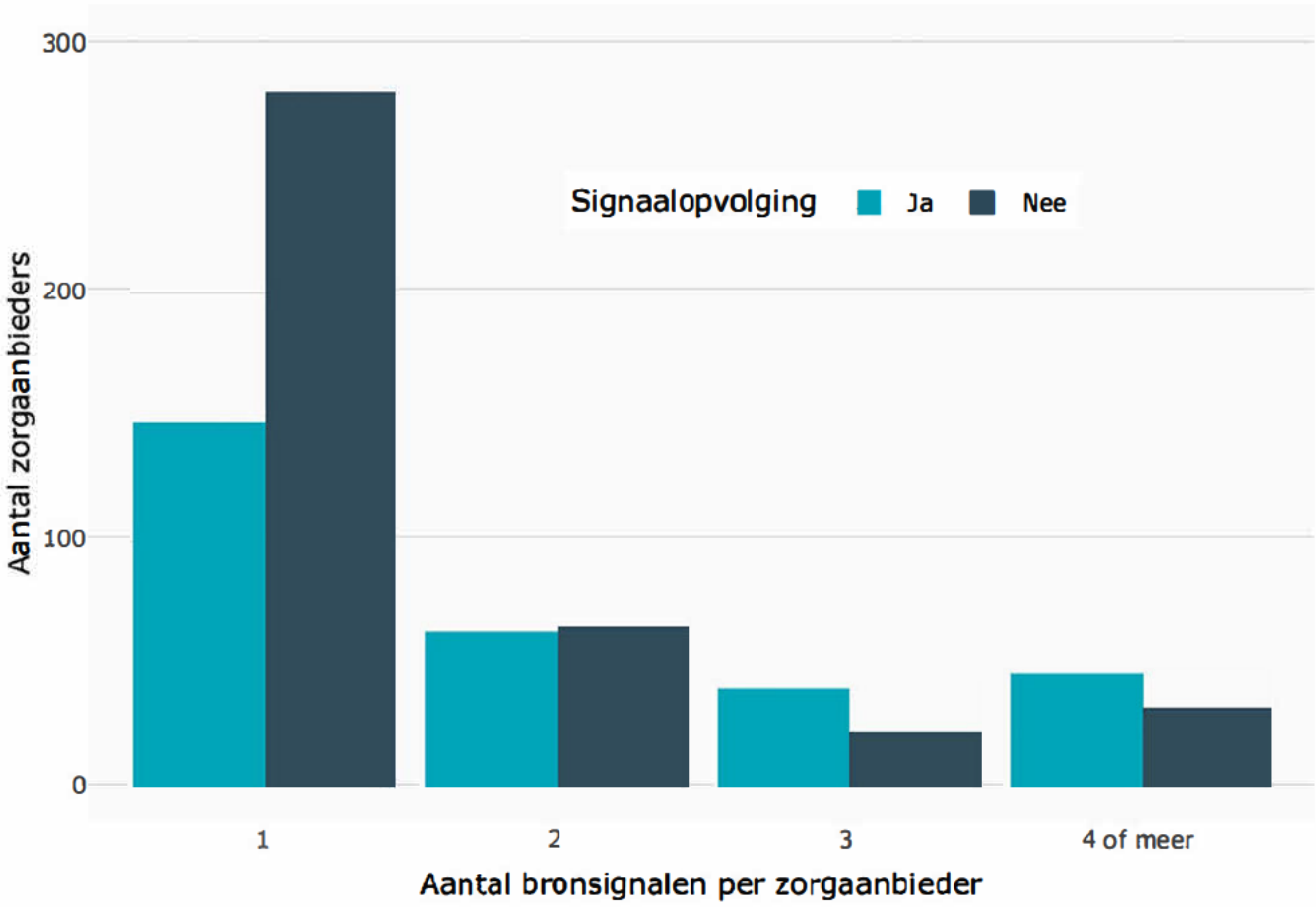
Er kunnen meerdere onderzoeken naar één zorgaanbieder zijn geweest wanneer meer dan één partner een onderzoek gedaan heeft naar deze zorgaanbieder en/of wanneer er meerdere bronsignalen over deze zorgaanbieder tot een onderzoek hebben geleid. Dit laatste kan het geval zijn wanneer er in meerdere jaren meerdere (al dan niet gerelateerde) meldingen over dezelfde zorgaanbieder zijn ingebracht.

4.2.2 Het verband tussen aantal signalen en onderzoeken

De vorige paragraaf liet zien dat er bij een onderzochte zorgaanbieder vaak meerdere onderzoeken zijn ingesteld,[88] en dat er vaak meerdere bronsignalen over zorgaanbieders zijn ingebracht. In deze paragraaf laten we zien dat hier een verband tussen is:

Zijn er meerdere signalen ingebracht over een zorgaanbieder, dan leidt dit vaak ook tot meerdere onderzoeken.

***Grafiek 8**. Signaalopvolging afgezet tegen het aantal bronsignalen per zorgaanbieder (zorgaanbiederniveau)*



In grafiek 8 is weergegeven bij hoeveel van de 704 zorgaanbieders een signaal is opgevolgd, dat wil zeggen heeft geleid tot onderzoek dat bezig of afgerond is. Deze mate van opvolging is afgezet tegen het aantal unieke signalen dat over een zorgaanbieder is ingebracht. Zo is te zien dat er over 429 van de 704 zorgaanbieders in de jaren 2017 tot en met 2021 één signaal is ingebracht, en dat van deze 429 zorgaanbieders er bij 148 (34%) één of meerdere onderzoeken heeft plaatsgevonden.

Dit percentage neemt toe naarmate er meerdere signalen zijn ingebracht over een zorgaanbieder. Kijken we naar zorgaanbieders waar twee unieke signalen zijn ingebracht, dan zien we dat bij ongeveer de helft van de zorgaanbieders er een onderzoek heeft plaatsgevonden, namelijk bij 64 van de zorgaanbieders (49%). Bij drie signalen is dit percentage 63% en bij vier of meer signalen is dit 59%.

De conclusie is dat het inbrengen van meerdere signalen vaker leidt tot een onderzoek. Dit kan verschillende verklaringen hebben:

- Meerdere, onafhankelijk van elkaar ingebrachte signalen kunnen de noodzaak van onderzoek versterken, wat kan leiden tot prioriteit bij de partners
- Als er vóór 2020 een signaal is geweest over een zorgaanbieder met ook een signaal in 2020 en/of 2021, dan is er meer tijd overheen gegaan om een onderzoek naar dit eerdere onderzoek uit te voeren.

Voor een analyse naar hoe vaak signaal*delingen* met andere partners leiden tot onderzoeken, zie paragraaf 6.2. [16.]

4.3 Tussenconclusie

Over de meeste zorgaanbieders hebben de partners in 2020 en 2021 slechts één signaal uitgewisseld. Desalniettemin is er ook een substantieel deel zorgaanbieders waarover meerdere signalen gedeeld zijn. Dit zijn naar verwachting gevallen met een grote financiële omvang, die betrekking hebben op een groot aantal cliënten/patiënten of waarin de misstanden bijzonder ernstig zijn. Wanneer meerdere signalen over een aanbieder zijn gedeeld, werd naar verhouding vaker een onderzoek uitgevoerd.

Bij rond een derde van de gedeelde bronsignalen werd geen onderzoek uitgevoerd. Dit kan erop wijzen dat een deel van de signalen enkel ter informatie met andere partners gedeeld wordt. Bij een groot deel van de signalen vindt er wel een onderzoek plaats. Die kans wordt groter wanneer er meerdere bronsignalen over een zorgaanbieder zijn ingebracht.

5. Van onderzoek tot interventie

Wanneer een signaal tot een onderzoek heeft geleid, en dit onderzoek is afgerond, is de volgende stap om te kijken of er een interventie moet worden gepleegd. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer de uitkomst van het onderzoek is dat er fraude of een regelovertreding is vastgesteld, of wanneer een interventie kan helpen om dit te voorkomen.

In dit hoofdstuk laten we eerst zien hoe vaak de uitkomst van een onderzoek is dat de situatie wel of juist niet 'in orde' is, hoe vaak er een interventie is gepleegd, en hoe vaak deze interventie heeft geleid tot de stop van de fraude en/of regelovertreding (5.1). Vervolgens geven we meer gedetailleerde informatie over gestopte fraude en regelovertredingen, en wat voor soort interventies er zijn gepleegd (5.2).

5.1 Overzicht stappen na afgeronde onderzoeken

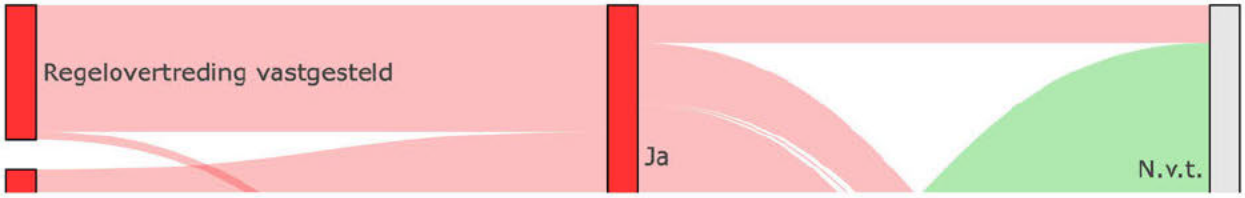
In paragraaf 4.1.1 zagen we dat bij 303 van de 2207 (unieke en afgeleide) signalen de ontvangende partner een onderzoek heeft afgerond.

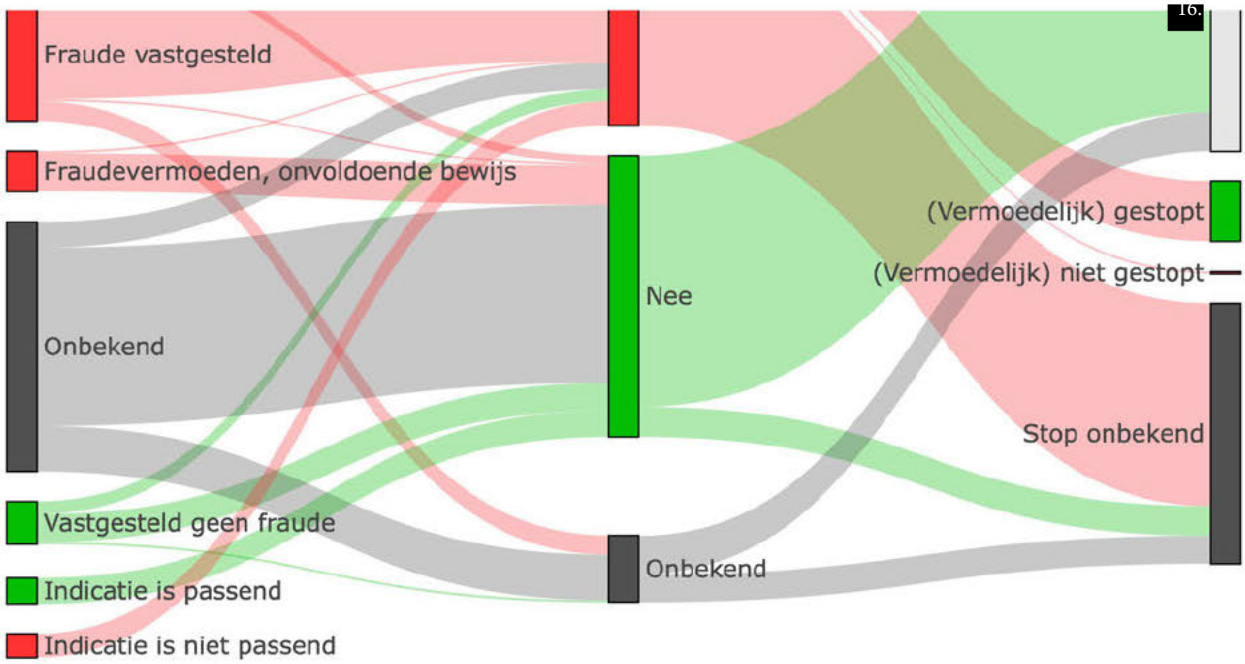
Grafiek 9 is een interactief overzicht van de trajecten die we waarnemen bij deze 303 signalen, van (1) uitkomst van het onderzoek, tot (2) interventie, tot (3) stop van de fraude/regelovertreding.

De kleuren in de grafiek weerspiegelen of er (meer) opvolging gedaan is of nodig is (rood: ja; groen; nee; grijs: onbekend). Statussen en stromen in de grafiek zijn ook rood wanneer er alleen sprake is van een vermoeden. De kleur van de stroom wordt bepaald door de status links van de stroom.

Gebruik de muis om meer informatie weer te geven over de verschillende categorieën, en om te zien uit hoeveel signalen elke stroom bestaat.

***Grafiek 9**. Stroomdiagram van onderzoeksuitkomst tot overtredingsstop (signaalniveau)*





Algemeen Details Kanttekeningen

In totaal is bij zo'n 300 signalen een onderzoek afgerond of afgebroken. In deze grafiek wordt weergegeven wat er gebeurd is wanneer een onderzoek naar een signaal is afgerond/afgebroken: bij welke onderzoeksuitkomsten (linker kolom) wordt een interventie uitgevoerd (kolom midden) en welke gevolgen heeft dit op het stoppen van de fraude en/of regelovertreding (rechter kolom). De bevindingen per kolom zijn in het kort:

- De meest voorkomende uitkomsten van de onderzoeken zijn Onbekend (38%), Regelovertreding (anders dan fraude) vastgesteld (21%) en Fraude vastgesteld (20%).
- Bij 47% van de signalen waarbij een onderzoek is afgerond of afgebroken, is een interventie uitgevoerd. Bij een iets kleiner deel van de signalen (43%) is geen interventie uitgevoerd. Bij de resterende signalen is dit onbekend.
- Bij een groot deel van de signalen (40%) is onbekend of de opvolging van het signaal tot het stoppen van fraude en/of regelovertreding heeft geleid. Bij 9% van de signalen is de fraude en/of regelovertreding (vermoedelijk) gestopt. Bij een enkel signaal is de fraude en/of regelovertreding (vermoedelijk) niet gestopt ondanks het uitvoeren van een interventie.

Opvallend is verder:

- In bijna alle gevallen wanneer een regelovertreding werd vastgesteld (94%) en in de meeste gevallen wanneer fraude werd vastgesteld (84%), is een interventie uitgevoerd.
- In alle gevallen wanneer uit het onderzoek bleek dat de indicatie niet passend was, heeft een interventie plaatsgevonden.
- In bijna alle gevallen (95%) wanneer een onderzoeksuitkomst was fraudevermoeden, onvoldoende bewijs, werd geen interventie uitgevoerd.
- Bij de meeste signalen waarbij een interventie werd uitgevoerd (86%) is onbekend of dit tot het stoppen van de fraude en/of regelovertreding heeft geleid.

- In enkele gevallen waarbij in het onderzoek geen fraude of regelovertreding werd vastgesteld, is wel een interventie uitgevoerd. Dit betreft vooral interventies op het gebied van informatiedeling (informatie vorderen/opvragen; signalen terugleggen), maar ook een afgewezen machtiging.

5.2 Details op signaalniveau

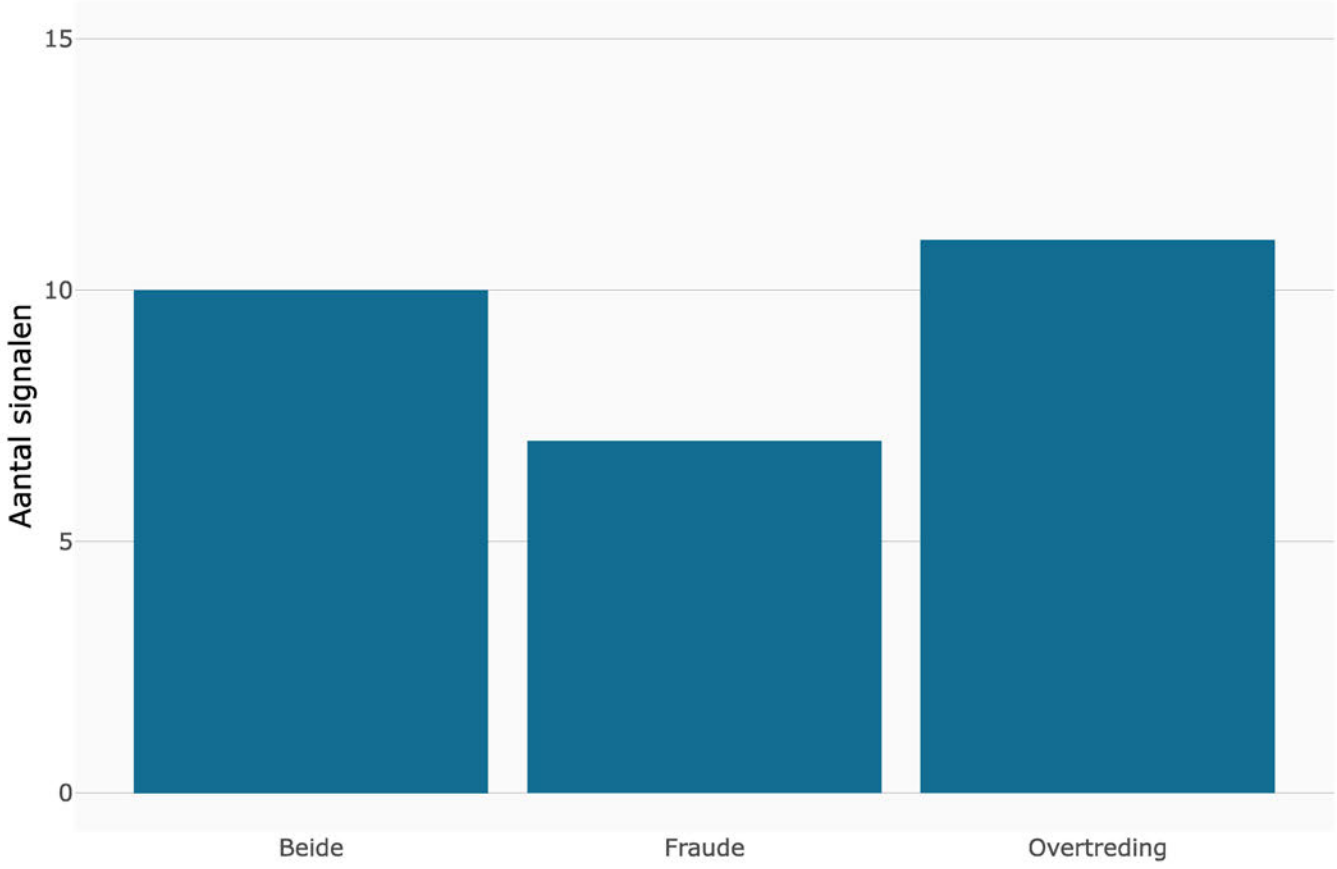
In het overzicht in de vorige paragraaf zagen we dat partners bij 28 signalen aangaven dat de fraude/regelovertreding (vermoedelijk) is gestopt, na het onderzoek en/of de interventie. Ook zagen we bij 63 signalen dat er een regelovertreding was vastgesteld, en bij 62 signalen dat er fraude was vastgesteld.

Een signaal kan een vermoeden van fraude of van een regelovertreding bevatten, maar ook beide. Ook kan een onderzoek aanvullende regelovertredingen aan het licht brengen die niet in het oorspronkelijke (fraude)signaal zijn benoemd. Is de uitkomst van een onderzoek/interventie '(Vermoedelijk) gestopt', dan kan dit de fraude, regelovertreding, maar ook de combinatie inhouden.

In grafiek 10 is de categorie '(Vermoedelijk) gestopt' daarom verder uitgesplitst. De grafiek laat zien dat het iets vaker een regelovertreding dan fraude betreft, en dat vaak zowel fraude als een regelovertreding (vermoedelijk) gestopt zijn, namelijk in 10 van de 28 gevallen.

Vergeleken met het totale aantal vastgestelde gevallen van fraude en regelovertredingen is het bij slechts een fractie van de signalen duidelijk dat er een stop van de fraude/regelovertreding is geweest.

***Grafiek 10**. De (vermoedelijke) stop van fraude/regelovertredingen (signaalniveau)*



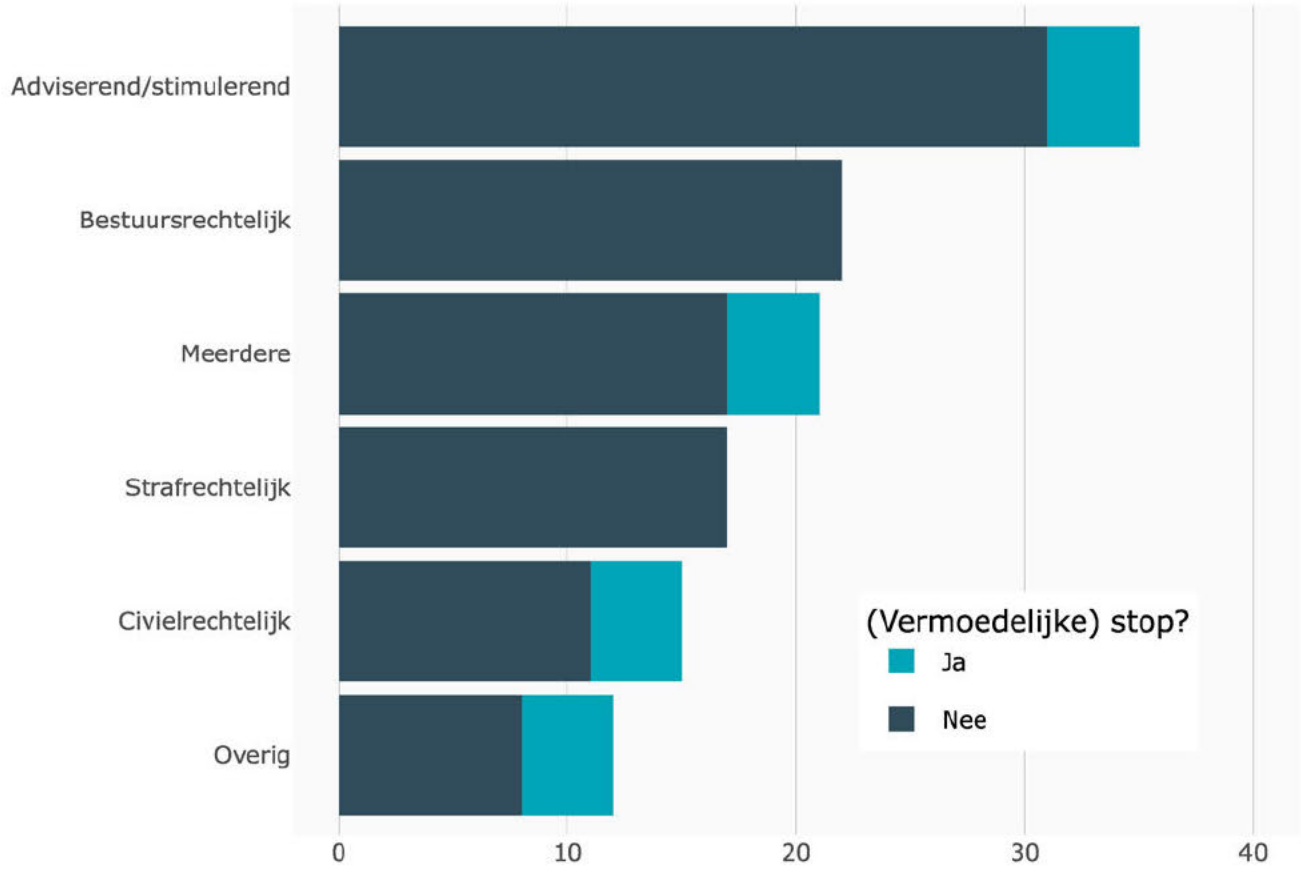
In het overzicht in paragraaf 5.1 zagen we dat er 141 interventies zijn gepleegd bij de 303 signalen met een afgerond onderzoek. In het onderdeel *Details* in die paragraaf wordt een overzicht gegeven van welke soort interventies er zijn gepleegd.

In grafiek 11 zijn deze interventies weergegeven, geordend naar hoe vaak deze zijn gepleegd.

Zo is te zien dat er bij 35 van de 141 onderzochte signalen (25%) een adviserende of stimulerende interventie is gepleegd. Bij 17 onderzochte signalen (12%) zijn er interventies uit meerdere categorieën zijn gepleegd. Deze cijfers laten zien dat interventies vaak van raadgevende aard zijn, maar ook dat er bij zeker een derde van de interventies een minder vrijblijvende of informele maatregel is uitgevoerd.

Daarnaast laat de grafiek zien dat slechts een fractie van de interventies heeft geleid tot een (vermoedelijke) stop van fraude of een regelovertreding. Zo hebben partners bij 27% van de civielrechtelijke interventies aangegeven dat de interventie dit effect had.

***Grafiek 11**. Gepleegde interventies, per categorie (signaalniveau)*



5.3 Tussenconclusie

Bij ongeveer de helft van de uitgevoerde onderzoeken is de uitkomst van het onderzoek onbekend of niet duidelijk genoeg om hier opvolgacties op te ondernemen. Wanneer uit het onderzoek blijkt dat er iets niet in orde is, is in bijna alle gevallen een interventie uitgevoerd. Desalniettemin is bij het grootste deel van de uitgevoerde interventies niet bekend of deze tot het stoppen van de fraude, overtreden of misstanden heeft geleid. Bij een duidelijke onderzoeksuitkomst voeren de partners dus relatief consequent interventies uit, waarvan het effect echter moeilijk inzichtelijk is voor de partners. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat effecten van interventies pas op de lange termijn zichtbaar kunnen worden, of dat er geen middelen zijn om de interventieuitkomst te meten.

6. Ketensamenwerking

In de voorgaande hoofdstukken hebben we onderzocht hoe vaak signalen leiden tot onderzoek, interventies, en of deze opvolging leidt tot de stop van fraude/regelovertredingen.

In het huidige hoofdstuk staan we stil bij de mate waarin de samenwerking van ketenpartners voor meer signaalopvolging zorgt dan bij individuele partners.

6.1 Overzicht per meldende partner

Allereerst laten we een overzicht zien van het aantal signaaldelingen tussen partners en hoe vaak deze leiden tot onderzoeken en/of interventies. In tabel 1 is steeds per meldende partner aangegeven hoeveel signalen er met een bepaalde partner zijn gedeeld, en hoe vaak dit tot een onderzoek en/of interventie bij de ontvangende partner heeft geleid.

Belastingdienst | CIZ | Gemeenten | IGJ | NLA | NZa | ZN

***Tabel 1a**: Opvolging van signalen gedeeld door de Belastingdienst (signaalniveau)*

Melder	Ontvanger	Aantal signalen	Aantal onderzoeken	Aantal interventies
Belastingdienst	CIZ	2	2	1
Belastingdienst	IGJ	2	0	0
Belastingdienst	NLA	1	1	1
Belastingdienst	NZa	1	1	0
Belastingdienst	ZN	1	1	0
Belastingdienst	Totaal	7	5	2

Van de in totaal 7 signaaldelingen in 2020 en 2021 door de Belastingdienst hebben er 5 geleid tot een onderzoek bij een andere partner, en 2 tot een interventie.

Algemeen | Details | Kanttekeningen

De meeste signalen worden gedeeld door de NZa met de IGJ (253) en ZN (305). Respectievelijk 17% en 26% van deze signaaldelingen leidt tot een onderzoek.

Signalen gedeeld door de Belastingdienst en CIZ worden relatief vaak door de ontvangende partner onderzocht. Tegelijkertijd hebben deze partners weinig signalen gedeeld.

Signaaldelingen door de NLA worden relatief weinig opgepakt door andere partners. Een mogelijke verklaring is dat deze signalen voornamelijk ter kennisname worden gedeeld. Deze zelfde verklaring is van toepassing op de signaaldelingen tussen partners in het algemeen.

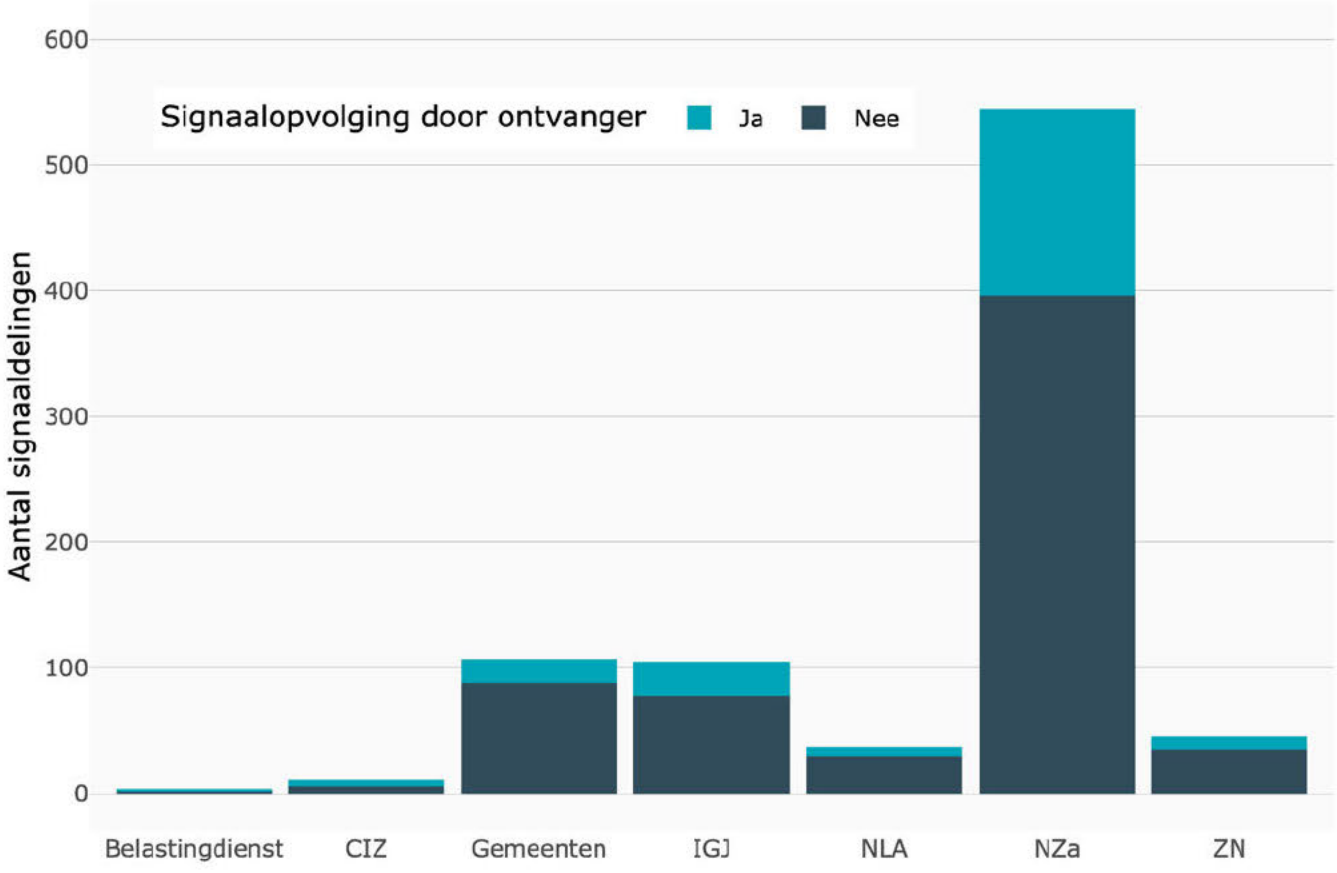
6.2 Signaalopvolging van gedeelde signalen

In de vorige paragraaf hebben we onderzocht in hoeverre de samenwerking tot opvolging leidt en specifiek hoe vaak ketenpartners opvolgacties uitvoeren na een signaaldeling. In deze paragraaf gaan we in op de vragen:

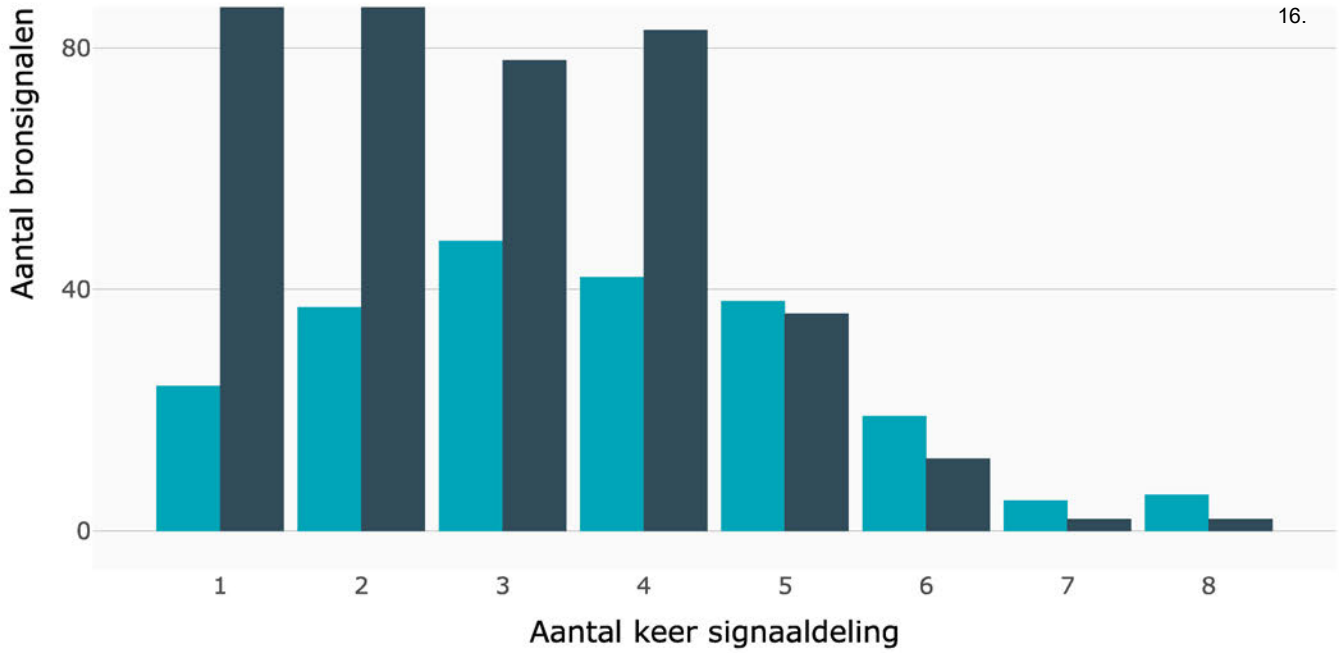
1. Hoeveel van de signalen die een ketenpartner deelt, worden door de andere partners opgevolgd?
2. In hoeverre zorgen meer signaaldelingen (van één bronsignaal) tot meer opvolging van het signaal?

Zie het einde van deze paragraaf voor duiding die de verschillende grafieken in deze paragraaf bespreekt.

***Grafiek 12**. Opvolging van gedeelde signalen, per meldende partner (signaalniveau)*



***Grafiek 13**. Verhouding aantal keer signaaldeling en signaalopvolging (bronsignaalniveau)*



Algemeen | Details | Kanttekeningen

1. Hoeveel van de signalen die een ketenpartner deelt, worden door de andere partners opgevolgd?

Het percentage van de signalen die gedeeld zijn en door andere partners worden opgevolgd is bij alle melders tussen 18% en 50%. De signalen die door gemeenten en de NLA zijn gedeeld, werden daarbij het minst vaak opgevolgd en signalen die door de Belastingdienst en CIZ zijn gedeeld, werden het vaakst opgevolgd. Daarbij dient ermee rekening gehouden te worden dat deze partners de minste signalen ingebracht hebben van de partners in deze grafiek.

2. In hoeverre zorgen meer signaaldelingen (van één bronsignaal) tot meer opvolging van het signaal?

De tweede grafiek in deze paragraaf laat zien dat er vaker sprake is van signaalopvolging wanneer signalen met meerdere partners gedeeld zijn (aantal keer signaaldeling). Waar een signaal dat met één partner is gedeeld in 16% van de gevallen opgevolgd wordt, wordt een signaal dat met drie partners is gedeeld in 38% van de gevallen onderzocht en wordt een signaal dat met vijf partners is gedeeld in 51% van de gevallen opgevolgd. Van de 8 signalen die met acht partners zijn gedeeld, is 75% opgevolgd.

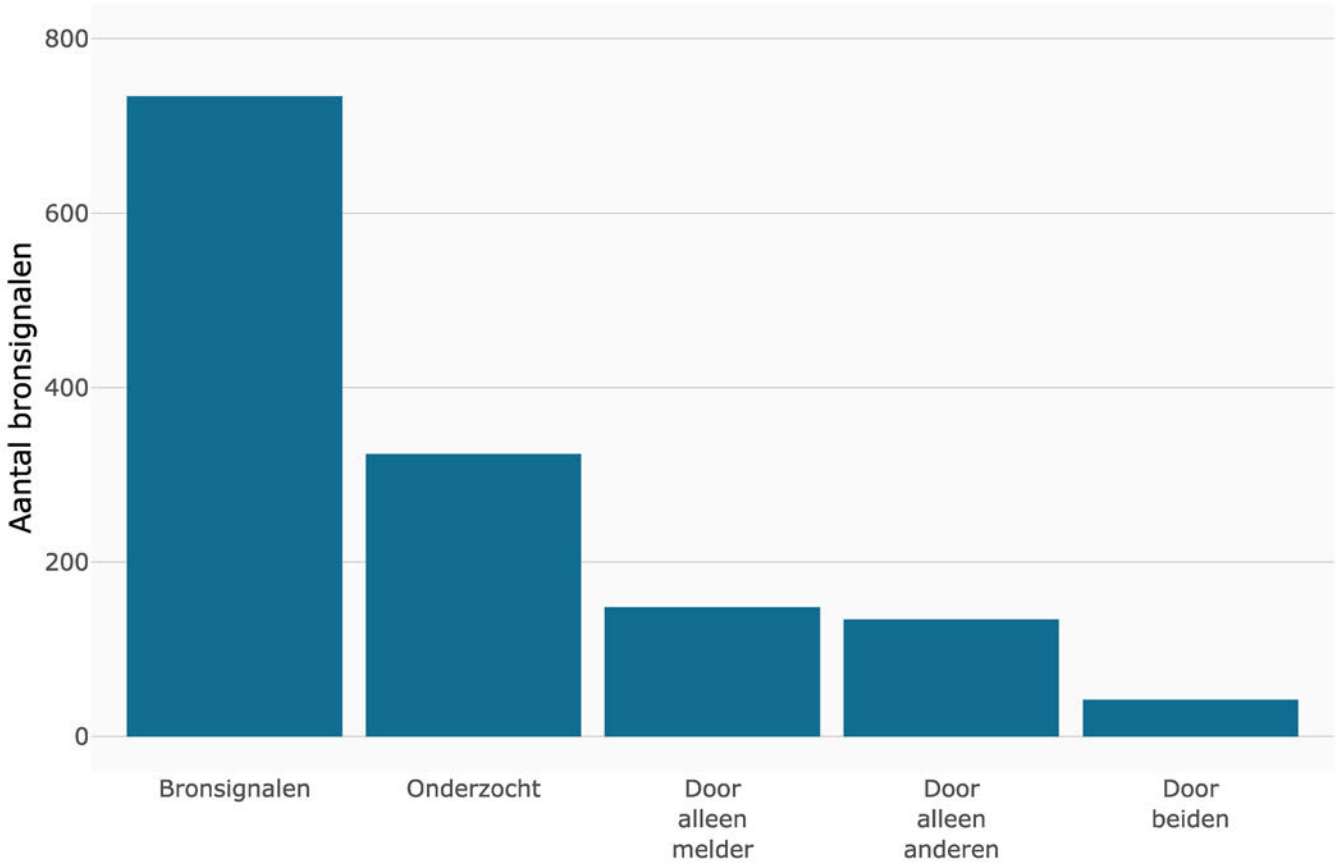
6.3 De kracht van samenwerking

De paragrafen 6.1 en 6.2 lieten zien in hoeverre gedeelde signalen worden opgevolgd door partners met wie een signaal is gedeeld.

Echter, om de *toegevoegde waarde* van de samenwerking in kaart te brengen moeten we kijken naar hoeveel signaalopvolging er is bij partners met wie een signaal gedeeld is, tegenover opvolging bij de partner die het signaal oorspronkelijk inbracht. Met andere woorden: bij hoeveel signalen zorgt de samenwerking in IKZ-verband ervoor dat signalen zijn opgepakt die anders niet onderzocht zouden zijn? Let op: we kunnen hierbij alleen uitspraken doen over signalen die in IKZ-verband gedeeld zijn. In hoeverre partners signalen opvolgen zonder deze in het VPZF in te brengen valt buiten dit rapport.

Voor de analyse kijken we op bronsignaalniveau: zo kunnen we een onderscheid maken tussen opvolging op het unieke signaal (door de melder) en opvolging op de afgeleide signalen (door de overige partners). De resultaten zijn beschreven in grafiek 14.

***Grafiek 14**. Signaalopvolging door melder en andere partners (bronsignaalniveau)*



Algemeen | Details | Kanttekeningen

In deze grafiek zien we dat er van de in totaal 734 bronsignalen uit 2020 en 2021 in totaal 324 onderzocht zijn door één of meerdere partners. Van deze 324 onderzochte bronsignalen zijn er 148 onderzocht door alleen de meldende partner (46%). Belangrijker voor de huidige analyse is echter dat er 134 bronsignalen zijn onderzocht door alleen partners met wie het signaal is gedeeld (41%). Van deze 134 bronsignalen zijn er 111 onderzocht door één andere partner (83%), 19 door twee andere partners (14%), drie door drie andere partners (2%) en één bronsignaal door vier andere partners (1%). Als laatste zijn er 42 bronsignalen (13%) door zowel de meldende partner als één of meerdere overige partners onderzocht.

Deze grafiek toont aan dat **de opvolging van signalen bijna verdubbelt wanneer het signaal gedeeld wordt in IKZ-verband**. De cijfers suggereren dat partners vaak een melding inbrengen die vervolgens beter door een andere ketenpartner kan worden onderzocht. Onderzoeken die zonder de samenwerking wellicht niet uitgevoerd zouden zijn - en dat toont de toegevoegde waarde van het IKZ aan.

6.4 Tussenconclusie

De analyses over de ketensamenwerking laten zien dat de meerwaarde van de samenwerking duidelijk is: bronsignalen die met meer partners gedeeld zijn, worden vaker opgevolgd en het aantal bronsignalen dat wordt opgevolgd, wordt bijna verdubbeld door de ketensamenwerking.

De variatie in de mate van opvolging verschilt per delende partner. Dit kan te maken hebben met de afwegingen die partners maken bij zowel het delen als het prioriteren van signalen voor nader onderzoek en zo nodig handhaving. Uit de analyses blijkt dat signalen niet altijd oorspronkelijk bij de partner gemeld worden die op de vermoedens van fraude of misstanden kan toezien. Wel blijkt dat signalen informatie kunnen bevatten die voor meerdere partners aanleiding tot een opvolgactie is.

De deling van deze signalen zorgt ervoor dat er meer signalen worden opgevolgd dan wanneer partners onafhankelijk van elkaar zouden werken. Zo draagt de ketensamenwerking bij aan een verhoging van de totale handhavingsdruk. Een kanttekening hierbij is dat mogelijk niet alle signalen en opvolging daarvan door partners wordt geregistreerd in het VPZF. Vanzelfsprekend biedt dit rapport geen zicht op deze handhavingsdruk.

⌘ ⌘ ⌘

7. Overige analyses

In dit hoofdstuk laten we analyses zien die niet voor alle partners uitgevoerd konden worden. Deels heeft dat ermee te maken dat niet alle partners dezelfde hoeveelheid informatie hebben aangeleverd en deels is dit te verklaren door specifieke rollen van partners. Specifiek gaan we in op de doorlooptijd van signalen bij een partner, geven een overzicht van de opvolging van signalen over meerdere jaren en laten we de betrokkenheid van individuele zorgverleners bij signalen zien. Deze analyses bevatten mogelijke uitbreidingen van de handhavingsdruk-rapportage voor komende uitvragen. In hoeverre de bredere analyse van deze data gerealiseerd kan worden, is afhankelijk van de data die bij de partners beschikbaar is.

7.1 Doorlooptijden

Onder paragraaf 3.2 zagen we dat het CIZ in 2020 en 2021 gezamenlijk zo'n 320 (bron)signalen heeft ontvangen. In deze paragraaf gaan we in op de signalen die het CIZ van 2017 tot en met 2021 heeft ontvangen. Grafieken 15 t/m 17 geven weer hoe lang de behandeling van deze signalen heeft geduurd. Daarbij zijn er drie opties:

1. Van de ontvangst van een signaal tot het onderzoek van het signaal.
2. Van het moment waarop het CIZ het onderzoek heeft plaatsgevonden tot het moment waarop een interventie is uitgevoerd.
3. Van de ontvangst van de melding tot het uitvoeren van een interventie.

Deze grafieken zijn een voorbeeld van grafieken die we voor alle partners zouden kunnen uitvoeren, mits de data geregistreerd is en aangeleverd kan worden. Omdat het CIZ constant en over een lange termijn data heeft aangeleverd, beschikken we in deze uitvraag over voldoende data om deze uitkomsten voor het CIZ weer te kunnen geven.

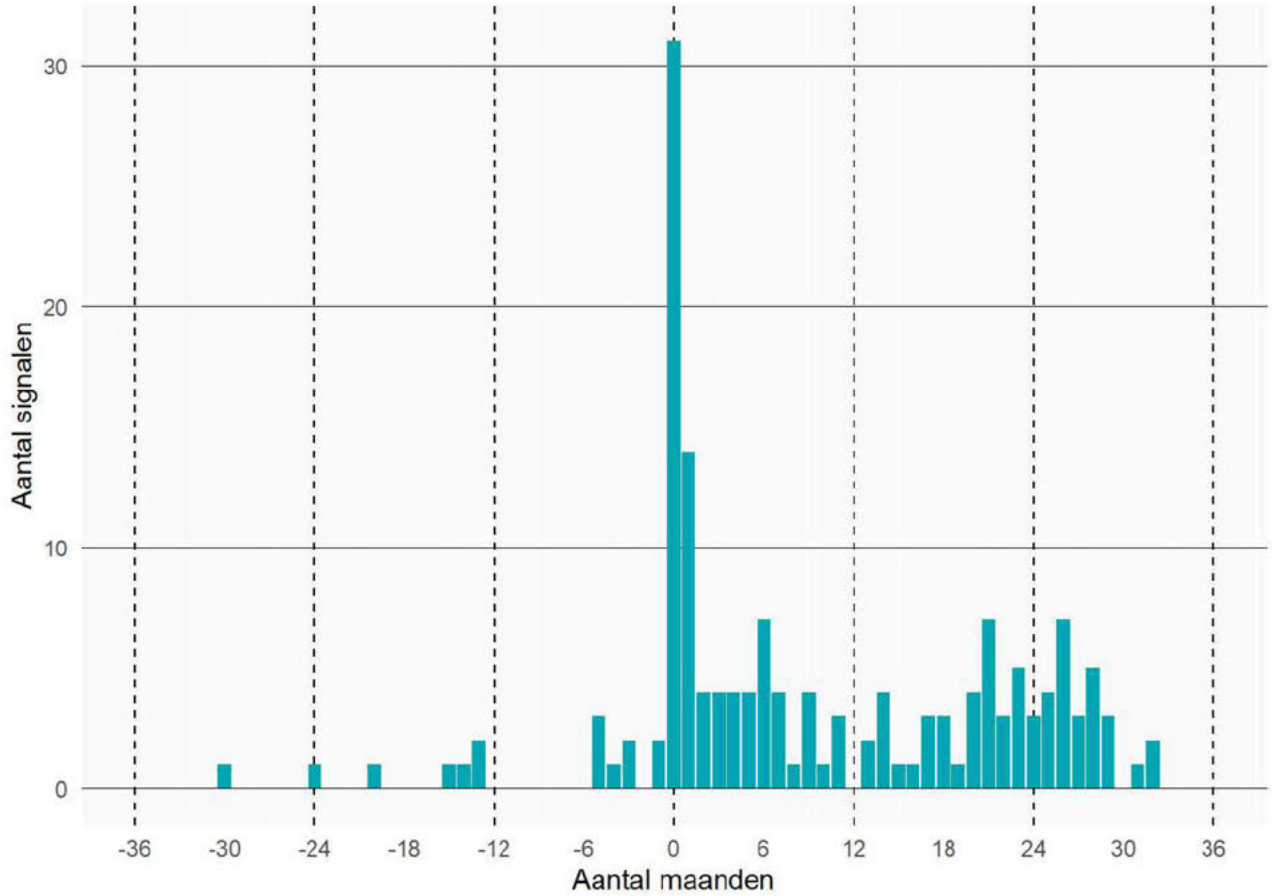
Melding-Onderzoek | Onderzoek-Interventie | Melding-Interventie

Dit betreft enkel de rond 160 signalen waarbij het CIZ een onderzoeksdatum kon invullen: doorgaans zijn dit signalen waarbij een onderzoek is afgerond of afgebroken en signalen waar een onderzoek wordt uitgevoerd.

In grafiek 15 valt op dat vaak binnen enkele maanden na de ontvangst van een signaal een onderzoek wordt [redacted] uitgevoerd. Bij meer dan 60% van de signalen is tussen één maand en twee jaar een onderzoek uitgevoerd. Opmerkelijk is dat voor enkele signalen al maanden voor het ontvangen van het signaal via het IKZ een onderzoek wordt uitgevoerd. Dit kan te verklaren zijn doordat sommige signalen al langer bij de partner bekend zijn, bijvoorbeeld omdat zij bilateraal met de partner gedeeld zijn, maar pas later bij het IKZ zijn ingebracht. Verder valt op dat voor een aantal signalen meer dan twee jaar na de ontvangst van het signaal een onderzoek wordt uitgevoerd.

***Grafiek 15**. Duur ontvangst melding tot onderzoek (signaalniveau)*

Onderzoek tussen 3 jaar na ontvangst signaal en 3 jaar voor ontvangst signaal



7.2 Overzichten over meerdere jaren

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[redacted] 8.

***Grafiek 18**. Ontwikkeling in signalen en opvolging bij een partner (signaalniveau)*

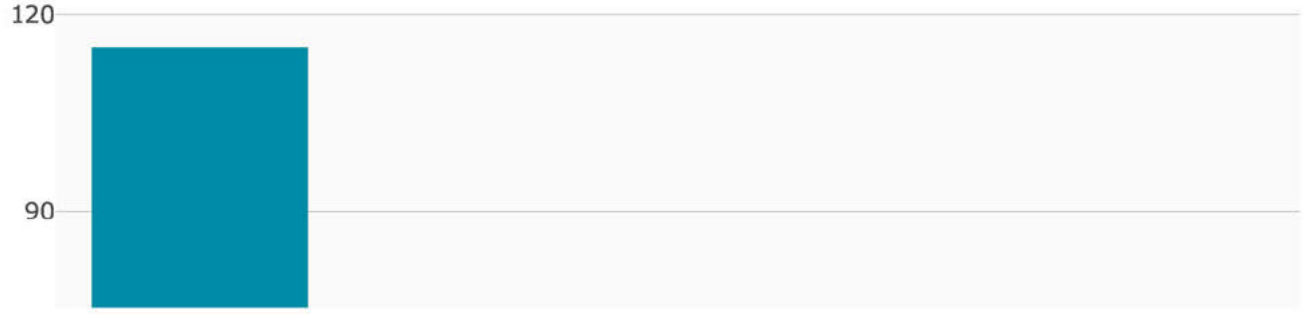
[redacted]

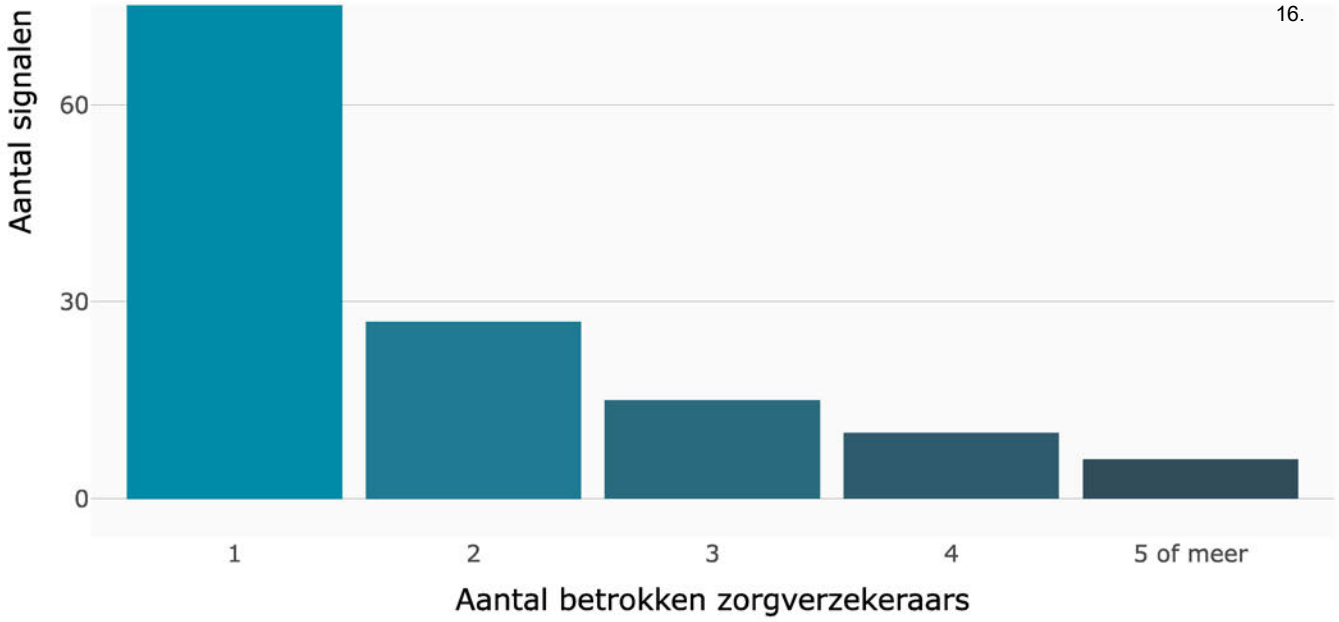
7.3 ZN en zorgverzekeraars

Als partner is Zorgverzekeraars Nederland bij het IKZ aangesloten. Zij zijn daarmee een tussenpartij voor de zorgverzekeraars en zorgkantoren die signalen behandelen en onderzoek en interventies uitvoeren. Grafiek 19 geeft weer hoeveel zorgverzekeraars betrokken waren bij de signalen die ZN in 2020 en 2021 van andere partners heeft ontvangen. In rond twee derde van de gevallen is dit één zorgverzekeraar/zorgkantoor. In één derde van de gevallen zijn meerdere zorgverzekeraars/zorgkantoren betrokken. De hoeveelheid betrokken verzekeraars *kan* een indirecte reflectie zijn van hoeveel cliënten in de casus geraakt worden en daarmee hoe omvangrijk de casus is.

Deze analyse zou in een volgend onderzoek ook voor gemeenten uitgevoerd kunnen worden.

***Grafiek 19**. Aantal betrokken zorgverzekeraars per signaal ontvangen door ZN (signaalniveau)*





7.4 Tussenconclusie

Afhankelijk van de data die bij de partners beschikbaar is, kunnen in een toekomstige analyse van de handhavingsdruk aanvullende grafieken opgenomen worden die bijvoorbeeld inzicht geven in:

- de doorlooptijd van signalen en handhaving;
- de ontwikkeling van signalen en handhaving;
- de betrokkenheid van indirecte IKZ-partners.

Op deze manier kan de effectiviteit en frequentie van het daadwerkelijke optreden tegen fouten, fraude en misstanden in de zorg duidelijker in kaart worden gebracht.

8. Samenvatting en conclusie

In dit rapport hebben we de bevindingen van het project Handhavingsdruk over 2020 en 2021 weergegeven. Hiermee geven we meer inzicht in de frequentie en effectiviteit van het daadwerkelijke optreden tegen misstanden, fouten en fraude in de zorg. Met effectiviteit bedoelen we: in hoeverre signalen door partners worden opgevolgd, deze opvolging leidt tot duidelijke onderzoeksuitkomsten en tot een stop van geconstateerde fraude en/of regelovertredingen. Daarnaast valt ook de meerwaarde van de ketensamenwerking onder effectiviteit. Deze rapportage is gebaseerd op data van de volgende partners: CIZ, IGJ, NLA, NZa en ZN. Hieronder geven we per thema de belangrijkste uitkomsten weer.

Totaalbeeld handhavingsdruk

Binnen het IKZ-verband vindt een uitvoerige deling van signalen plaats. In 2020 en 2021 zijn in totaal rond de 870 unieke signalen via het IKZ gedeeld. Deze hebben betrekking op zo'n 700 zorgaanbieders. Bij een substantieel deel van deze zorgaanbieders (43%) biedt het signaal voldoende aanleiding voor een onderzoek. De uitkomst van het onderzoek is niet altijd duidelijk. Echter, bij het overgrote deel (80%) van de zorgaanbieders waarbij de uitkomst duidelijk is, is sprake van fraude, een regelovertreding en/of een niet passende indicatie. In de meeste van deze gevallen is een interventie uitgevoerd. Er is weinig zicht op de effectiviteit van de interventies. In totaal hebben de

partners bij 16% van de zorgaanbieders, waarover in 2020 en 2021 een signaal via het IKZ is gedeeld, geconcludeerd dat er sprake is van fraude en/of regelovertreding, en bij 4% van het totale aantal zorgaanbieders dat de regelovertreding en/of fraude is gestopt.

Van signaal tot onderzoek

De uitkomsten van de analyse verschillen afhankelijk van het analyseniveau:

- Signaalniveau: van de in totaal ca. 2200 signalen die in 2020 en 2021 via het IKZ zijn gedeeld, is op het moment van de uitvraag bij een vijfde een onderzoek lopend, afgerond en/of afgebroken, bij een kwart is de status onbekend en bij bijna de helft van de signalen is geen onderzoek uitgevoerd. Op hoofdlijnen is dit patroon vergelijkbaar op het niveau van individuele ketenpartners.
- Bronsignaalniveau: wanneer we de opvolging per uniek signaal bekijken (in totaal zo'n 870), is de opvolging relatief meer dan bij de analyse op signaalniveau: bij zo'n twee vijfde van de signalen is minimaal één onderzoek in uitvoering, afgerond of afgebroken. Bij ongeveer één derde van de signalen is geen onderzoek uitgevoerd. Dit kan als oorzaak hebben dat sommige signalen vooral ter informatie gedeeld worden.
- Op zorgaanbiederniveau valt op dat over de meeste zorgaanbieders (61%) niet eerder een signaal bij het IKZ is ingebracht, dat over ongeveer één derde van de zorgaanbieders twee tot vier unieke signalen zijn ingebracht en dat er een kleine groep van 50 zorgaanbieders is waarover vijf of meer unieke signalen zijn gedeeld. Wanneer meerdere unieke signalen over één aanbieder zijn gedeeld, gaat het naar verwachting om gevallen met een grote financiële omvang, die betrekking hebben op een groot aantal cliënten/patiënten of waarin de misstanden bijzonder ernstig zijn. Van alle zorgaanbieders is bij 43% minimaal één onderzoek uitgevoerd. Wanneer meerdere unieke signalen over een zorgaanbieder zijn ingebracht, dan leidt dit vaak tot het uitvoeren van een onderzoek door de partners. Wanneer meer bronsignalen over een zorgaanbieder zijn gedeeld, vinden vaker meerdere onderzoeken plaats.

Van onderzoek tot interventie

In totaal is bij zo'n 300 unieke en afgeleide signalen een onderzoek afgerond of afgebroken. De uitkomst van het onderzoek is in 40% van de gevallen dat er iets niet in orde is bij de casus (vaststellen van fraude, regelovertreding of een niet passende indicatie), en in 11% dat het wel in orde is. In de overige gevallen is de uitkomst niet duidelijk genoeg om hierover een definitieve uitspraak te doen. Van de signalen waarbij is vastgesteld dat er iets niet in orde is, heeft in bijna alle gevallen een interventie plaatsgevonden. De meeste van deze interventies (25%) zijn van adviserende en stimulerende aard. Bij 86% van de signalen waarbij een interventie werd uitgevoerd is onbekend of dit tot het stoppen van de fraude/en of regelovertreding heeft geleid.

Ketensamenwerking

Hoewel er tussen alle partners signaaldelingen plaatsvinden, zijn in 2020 en 2021 samengenomen door de NZa en de IGJ met ZN de meeste signalen gedeeld. Uit de analyse blijkt dat tussen 18% en 50% van de signalen die een melder met andere partners deelt door een andere partner wordt opgevolgd. Daarnaast is te zien dat met hoe meer partners een signaal gedeeld is, hoe groter de kans is dat het signaal door minimaal één van de partners wordt opgevolgd.

De hoogste mate van opvolging vindt plaats bij de signalen die van de Belastingdienst en CIZ afkomstig zijn, al hebben deze cijfers betrekking op een klein aantal signalen. Signalen die door gemeenten zijn gedeeld, leiden het minst vaak tot een onderzoek door een andere partner (in 8% van de gevallen wordt er een onderzoek gedaan). Signalen van de NLA leiden het minst vaak tot een interventie door een andere partner (<2%).

De meest interessante bevinding is wellicht dat de ketensamenwerking zorgt voor bijna een verdubbeling van het aantal onderzochte signalen. Van de 324 signalen die door partners zijn ingebracht zijn er 134 signalen (41%) die níet door de melder, maar wel door één of meerdere andere partners zijn onderzocht. Dit laat zien dat de ketensamenwerking leidt tot meer opvolging van fraudesignalen en toont de kracht van signaaldeling.

Mogelijke uitbreidingen van de analyse

Ten slotte hebben we in het rapport aanvullende analyses laten zien die bij een volgende uitvraag en analyse voor meer partners uitgevoerd kunnen worden. Dit betreft de grafieken over de doorlooptijden van signalen, het overzicht over meerdere jaren en de betrokkenheid van zorgverzekeraars. Deze analyses zijn nu uitgevoerd voor enkele partners die in de uitvraag meer informatie hebben aangeleverd. Ook de aanpassingen in het VPZF voor de signaalcategorisering van het monitoringsteam en andere beschikbare informatie, zoals de redenen voor het niet uitvoeren van onderzoek, bieden kansen voor verder inzicht in de ontwikkeling en effectiviteit van het optreden tegen misstanden, fraude en fouten in de zorg. In hoeverre dit te realiseren is, hangt af van de dataregistratie bij en aanlevering van de partners.

Tot slot

Dit rapport heeft tot doel meer inzicht te geven in de daadwerkelijke handhavingsdruk: het optreden tegen fouten, fraude en misstanden in de zorg en de effectiviteit hiervan. Bij de interpretatie van de data moeten we ermee rekening houden dat we alleen de beschikbare data konden analyseren en dat de kwaliteit van de data afhankelijk is van de registratie bij de IKZ-partners, die in hun wettelijke taken, onderzoeks- en handhavingsbevoegdheden sterk van elkaar verschillen. Daarnaast heeft het rapport enkel betrekking op signalen die via het IKZ gedeeld zijn. Het geeft daarmee geen inzicht in de opvolging van signalen buiten het IKZ-verband (bijvoorbeeld bilateraal of niet gedeelde signalen).

Kortom, het rapport geeft een beeld van het toezicht en de handhaving op signalen die via het IKZ gedeeld zijn. Hoewel de ketensamenwerking de opvolging van fraudesignalen faciliteert, weerspiegelen de uitkomsten vooral de moeilijkheden om fraude en regelovertredingen ten eerste aan te tonen en ten tweede de effectiviteit van interventies te meten. Om nog duidelijker zicht te krijgen op de frequentie en effectiviteit van toezicht en handhaving in IKZ-verband raden we aan de gegevensaanlevering van de partners voor de volgende rapportage op een aantal punten uit te breiden dan wel te verbeteren. Hiervoor kunnen onder andere administratieve en onderzoeksmatige veranderingen uitgevoerd worden, zoals consistentere gegevensaanlevering door de partners of het aanpassen van de vraag- en antwoordcategorieën in de gegevensuitvraag door het IKZ. Verder kunnen ook procesmatige aspecten in het toezicht een rol spelen, bijvoorbeeld door enige tijd na een interventie bij een zorgaanbieder standaard een vervolgonderzoek uit te voeren. De haalbaarheid van deze voorstellen is uiteraard afhankelijk van de specifieke toezichtsbevoegdheden, -praktijken en capaciteit van de IKZ-partners.

9. Verantwoording

Klik op onderstaande knop om de verantwoording uit te klappen.

Toon verantwoording

Handhavingsdruk 2023

Rapport over de signaalopvolging

April 2024

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

1. Inleiding

1.1 Aanleiding en doelstelling

Het doel van dit project is inzicht geven in de frequentie en effectiviteit van de optredens tegen misstanden, fouten en fraude in de zorgsector. De opvolging van signalen die via het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) gedeeld zijn, geven we weer als handhavingsdruk. Deze meting is één van de pijlers van het project 'Sturen op Effect' dat in 2021 is overgedragen aan het IKZ. Het Bestuurlijk Overleg (BO) en de Beleidsgroep (BG) van de Taskforce integriteit zorg (TIZ) hebben herhaaldelijk besloten de handhavingsdrukinspanningen periodiek te meten en hierover te rapporteren. In de tweede helft van 2023 hebben we de gegevens voor het actuele rapport bij de partners opgevraagd, ontvangen en geanalyseerd. In dit rapport geven we de bevindingen weer van de analyse van de verzamelde gegevens.

1.2 Huidig rapport

Dit rapport richt zich primair op de opvolging van signalen die tussen januari 2022 en juni 2023 zijn ingebracht door of gedeeld met de volgende partners: Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Indien beschikbaar hebben we ook informatie over de jaren 2020 en 2021 verwerkt. Helaas ontbreken gegevens van de Belastingdienst, de Fiscale inlichtingen- en opsporingsdienst (FIOD) en gemeenten, die via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) bij het IKZ zijn aangesloten. De gegevens van de Belastingdienst en FIOD ontbreken over alle jaren, omdat er geen opvolginformatie[1] verkregen is voor signalen die met deze partners zijn gedeeld. De VNG heeft geen gegevens aan kunnen leveren omdat opvolginformatie over signalen die gemeenten onderzoeken onvoldoende beschikbaar is.

Dit rapport verschilt van het rapport over de handhavingsdruk dat in het voorjaar van 2023 is opgeleverd. De informatie die hier wordt gepresenteerd is beknopt en grotendeels op partnerniveau weergegeven, onder meer vanwege de beperkte kwaliteit van de beschikbare data. Naast de reeds bekende belemmeringen in de analyse, zoals de variatie in registratie van de data tussen partners en verschillende invullingen van de gehanteerde analysecategorieën, bleek in 2023 dat de capaciteit voor de aanlevering van gegevens en de beschikbaarheid van de gegevens bij de partners beperkter waren dan voorheen. Vanwege deze beperkingen zou een overkoepelende rapportage over de opvolging van de signalen, ondanks de inspanningen van meerdere partners om zo veel mogelijk informatie te verzamelen, weinig zeggingskracht hebben.

2. Data en dataverwerking

Dit rapport maakt gebruik van de data van onze partners, deels extra in kaart gebracht voor dit onderzoek en deels eerder geregistreerd voor de werkprocessen van de partners zelf. De meeste partners (CIZ, IGJ, NLA, NZa) hebben informatie aangeleverd over de opvolging van signalen die tussen januari 2020 en juni 2023 via het IKZ zijn gedeeld. ZN heeft informatie aangeleverd over de opvolging van de signalen die tussen januari 2022 tot juni 2023 via het IKZ zijn gedeeld. De aangeleverde gegevens verschillen per partner en zijn onder meer afhankelijk van de volgende factoren:

- de wijze van registratie bij onze samenwerkingspartners;
- de capaciteit voor de gegevensaanlevering bij onze partners;

[1] Met opvolginformatie doelen we op informatie over de stappen die een partner na aanleiding van het ontvangen signaal heeft ondernomen, zoals het doen van een vooronderzoek, het uitvoeren van een onderzoek en/of het uitvoeren van interventies.

- de beschikbaarheid van de opgevraagde gegevens in de systemen van onze partners;
- de terugkoppeling van de opvolging van signalen door zorgverzekeraars aan ZN.

Algemene kanttekeningen:

- Voor het jaar 2023 zijn enkel de signalen opgevraagd die tot eind juni via het IKZ zijn gedeeld, waardoor een jaarlijkse vergelijking voor 2023 niet mogelijk is.
- De weergegeven informatie betreft een momentopname. Opvolging van signalen kan ook hebben plaatsgevonden na het verstrekken van de gegevens voor dit rapport, of kan in de toekomst nog plaatsvinden.
- Wanneer de categorie 'geen onderzoek ingesteld' is gebruikt, betekent dat niet dat de ontvanger van het signaal niets met het signaal gedaan heeft. Doorgaans wordt bij een ontvangen signaal vooronderzoek uitgevoerd en besluit een partner op basis daarvan of een verdiepend onderzoek nodig is. Wanneer dat niet wordt uitgevoerd kan dat verschillende redenen hebben, zoals dat het signaal onvoldoende aanknopingspunten voor een onderzoek bevat of dat andere signalen bij de beschikbare onderzoekscapaciteit prioriteit hebben.

Bij de interpretatie van de gegevens moet rekening worden gehouden met de verschillen tussen de samenwerkingspartners in hun (wettelijke) taken en bevoegdheden met betrekking tot het ontvangen, onderzoeken en opvolgen van signalen van misstanden, fouten en fraude in de zorgsector. Deze verschillen hebben invloed op de mate van signaalopvolging en de uitgevoerde interventies.

3. Resultaten

3.1 Signalenoverzicht – over de partners heen

In deze sectie wordt een overzicht gegeven van de signalen die tussen 2020 en medio 2023 via het IKZ zijn gedeeld. Om hoeveel signalen gaat het, op hoe veel unieke zorgaanbieders hebben de signalen betrekking en met hoe veel partners zijn de signalen gedeeld?

Deze informatie is onafhankelijk van de opvolginformatie die de partners, al dan niet, hebben teruggekoppeld. De volgende paragrafen omvatten daarom *alle* signalen die binnen de genoemde periode via het IKZ zijn gedeeld.

Tabel 1: Aantallen unieke signalen (bronsignalen) en afgeleide signalen die via het IKZ gedeeld zijn en het aantal unieke zorgaanbieders waarop de signalen betrekking hadden. [2]

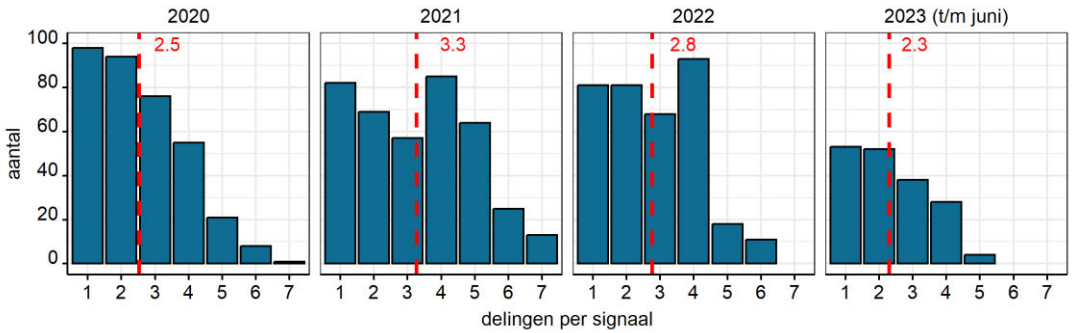
Jaar	Aantal unieke signalen	Aantal afgeleide signalen	Aantal unieke organisaties
2020	479	830	401
2021	489	1303	390
2022	411	980	326
Half 2023	195	408	183

Tabel 1 laat zien dat het aantal unieke signalen (bronsignalen) dat via het IKZ gedeeld is in 2020 en 2021 vrijwel gelijk was en dat dit aantal in 2022 en, naar verwachting ook in 2023, met zo'n 15% is afgenomen. Deze afname kan te maken hebben met de veranderingen in het inzicht van partners over welke signalen zij mogen ontvangen en verwerken. Ieder jaar betreft circa 20% van de unieke

[2] Met uniek signaal of bronsignaal wordt de oorspronkelijke melding bedoeld die een ketenpartner bij het IKZ heeft ingebracht. Een afgeleid signaal is de deling van een uniek signaal met een andere partner. Wanneer bijvoorbeeld de IGJ een nieuw signaal bij het IKZ inbrengt en dit signaal met de CIZ, de NZa en ZN deelt, wordt dit geregistreerd als één uniek signaal en drie afgeleide signalen. Dit omdat het signaal steeds dezelfde inhoud bevat, maar met drie partners gedeeld is.

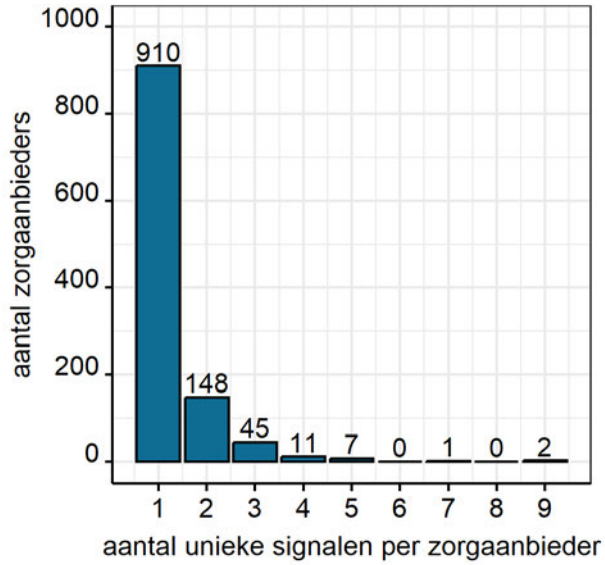
signalen een organisatie waarover dat jaar al minimaal één ander uniek signaal gedeeld is.

Uit Tabel 1 en Figuur 1 blijkt dat er in de loop der jaren enige variatie is in het aantal partners waarmee unieke signalen zijn gedeeld. Desondanks blijft het patroon aanwezig dat het merendeel van de signalen gedeeld wordt met twee tot drie partners; met uitzondering van 2021 waar een relatief kleine aantal signalen met vijf of meer partners werd gedeeld. Niet alle bilateraal gedeelde signalen lopen via het IKZ. We kunnen daarom aannemen dat in de praktijk meer signalen met slechts één andere partner zijn gedeeld. Bovendien zijn de signalen die gemeenten via het IKZ met elkaar hebben gedeeld niet opgenomen in de grafiek. De reden daarvoor is dat de signalen weliswaar met een andere partner, maar niet met een andere ketenpartner worden gedeeld.



Figuur 1: De deling van signalen met andere ketenpartners via het IKZ

Figuur 2 illustreert hoe vaak zorgaanbieders voorkomen in de signalen die tussen 2020 en medio 2023 via het IKZ zijn gedeeld. Over het grootste deel van zorgaanbieders is in deze periode slechts één uniek signaal via het IKZ gedeeld. Desalniettemin zijn over een klein deel van de zorgaanbieders twee unieke signalen gedeeld en zijn er enkele aanbieders waarover tot wel negen unieke signalen zijn gedeeld.



Figuur 2: Aantal unieke signalen per zorgaanbieder tussen januari 2020 en juni 2023

3.2 Opvolginformatie - per partner

In de volgende paragrafen geven we de informatie over de opvolging van de signalen weer. De categorieën die we daarbij hanteren lopen enigszins uiteen tussen de partners als gevolg van verschillen in de beschikbaarheid en registratie van de data bij de partners. Daarom rapporteren we hierover enkel op partnerniveau en niet integraal over het samenwerkingsverband. Hierbij merken we op dat IKZ in potentie waardevolle informatie kan opleveren voor de

ketenpartners over de effectiviteit van de samenwerking en de meerwaarde van het delen van signalen. Met die intentie heeft IKZ in 2021 het onderdeel handhavingsdruk op zich genomen. Dat vereist echter kwalitatief betere en volledigere of andere data. De centrale vraag in deze sectie is: welke opvolgacties heeft een partner ondernomen met betrekking tot de signalen die via het IKZ zijn gedeeld en/of ontvangen?

CIZ

Het CIZ heeft redelijk volledige informatie over de signalen aangeleverd waarbij zij betrokken waren. In Figuur 3 geven we de onderzoekstatus weer van de signalen die het CIZ heeft ontvangen of gedeeld via het IKZ. [redacted]

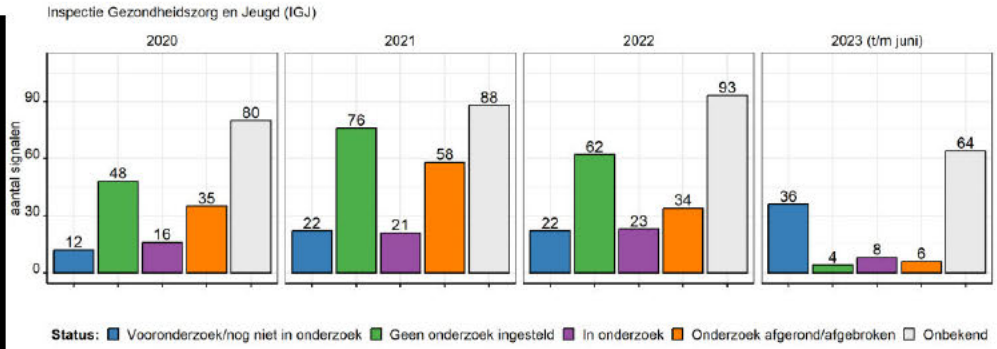
[redacted]

art.5.1. tweede lid sub d

Figuur 3: De status van de signalen van het CIZ (gedeeld en ontvangen)

IGJ

Over het algemeen vertoont de status van de onderzoeken bij de IGJ (zie Figuur 4) een consistent beeld gedurende de jaren: de status van de meeste signalen is onbekend, gevolgd door het aantal signalen waarbij geen onderzoek plaatsvindt en het aantal signalen met afgeronde of afgebroken onderzoeken. In 2023 wijkt dit beeld enigszins af. Ook bij de IGJ zijn eind 2023 nog steeds meerdere tientallen signalen uit 2020 en 2021 in vooronderzoek of lopend onderzoek. Dit kan mogelijk te maken hebben met de werk- en of registratiewijze van de IGJ. Hierover verstrekken we meer informatie onder het kopje 'Gegevens van de IGJ'.



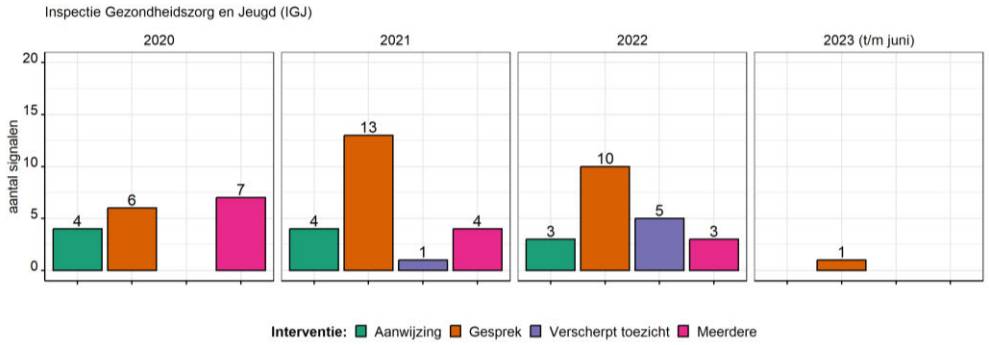
Figuur 4: De status van de signalen van de IGJ (gedeeld en ontvangen)

Figuur 5 toont het aantal, de timing en de aard van de interventies die zijn uitgevoerd door de IGJ bij zorgaanbieders waarover signalen zijn gedeeld en/of ontvangen via het IKZ. Wanneer bij een zorgaanbieder meerdere interventies hebben plaatsgevonden (vaak een combinatie van de verschillende vormen), hebben we dit in de grafiek als 'meerdere' aangegeven. Wanneer het type interventie bekend is, betreft het in de meeste gevallen een gesprek met de organisatie. In enkele gevallen per jaar legt de IGJ een aanwijzing op, voert zij

verscherpt toezicht uit of vinden er meerdere interventies plaats bij een aanbieder.

Gegevens van de IGJ

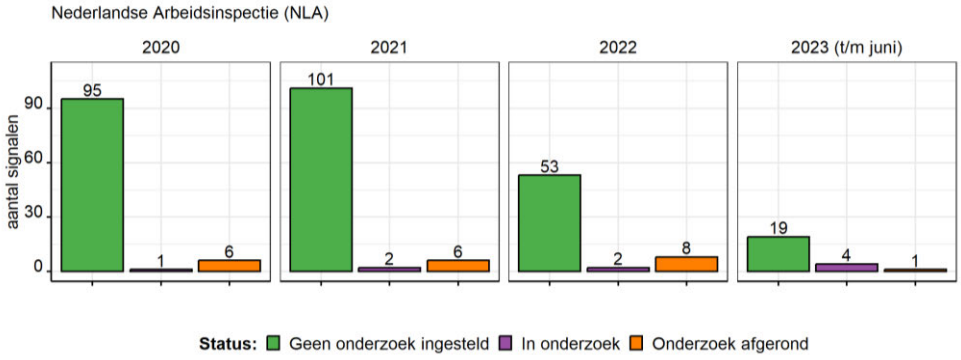
Net zoals bij het vorige rapport handhavingsdruk dient rekening gehouden te worden met de afwijkende registratie van signalen en hun opvolging in de systemen van de IGJ ten opzichte van de data-uitvraag voor dit rapport. De registratie van de IGJ verschilt sterk van de registratie in het Verzamelpunt Zorgfraude. Zo wordt de informatie bij de IGJ bijvoorbeeld op casusniveau geregistreerd, wat het analyseren van informatie op signaalniveau bemoeilijkt. Het IKZ heeft selectiestappen toegepast op de IGJ-gegevens om deze zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de uitvraag van het project handhavingsdruk. In 2022 hebben de IGJ en het IKZ overleg gevoerd over de interpretatie van de IGJ-gegevens voor de uitvraag. Het gevolg van de afwijkende registratie is bijvoorbeeld dat er geen onderscheid gemaakt kan worden tussen de acties die naar aanleiding van een signaal worden uitgevoerd en de gevallen waarin een signaal slechts aanvullende informatie biedt voor een reeds lopend onderzoeks- en/of toezichttraject. Daarnaast zijn signalen die korte na elkaar worden ontvangen niet altijd apart geregistreerd bij de IGJ, waardoor er geen opvolginformatie beschikbaar is over deze signalen. Verder dient er rekening mee gehouden te worden dat de IGJ niet altijd een regelovertreding (anders dan fraude) vaststelt; soms gaat het om het overtreden van een norm (geen formele regel, maar niet de bedoeling dat op deze wijze gewerkt wordt). Bovendien is uit de data van de IGJ niet op te maken of een overtreding gestopt is en zijn geen gegevens over strafrechtelijke interventies beschikbaar. De IGJ definieert interventies als “acties die gericht zijn op gedragsverandering van de zorgaanbieder, financiële consequenties hebben en tot doel hebben de zorgverlening te stoppen”.



Figuur 5: Interventies van de IGJ

NLA

Tijdens de periode van gegevensverzameling was de informatie over de opvolging van signalen bij de NLA vrij beperkt. Meer details over de beschikbare gegevens zijn te vinden in de paragraaf ‘Gegevens van de NLA’. In Figuur 6 wordt de status van de onderzoeken bij de NLA weergegeven voor de signalen die via het IKZ zijn gedeeld en/of ontvangen. Op basis van de informatie uit de signalen is nagenoeg geen opsporingsonderzoek gestart. Het aantal afgeronde en lopende onderzoeken is relatief stabiel gebleven over de jaren. Naast de weergegeven signalen zijn er tussen januari 2020 en juni 2023 in totaal rond 10 signalen van de NLA met een andere status geregistreerd: onbekend, wachtrij, vooronderzoek of gedeeld met een partner buiten het verzamelpunt.



Figuur 6: De status van de signalen van de NLA (gedeeld en ontvangen)

Gegevens van de NLA

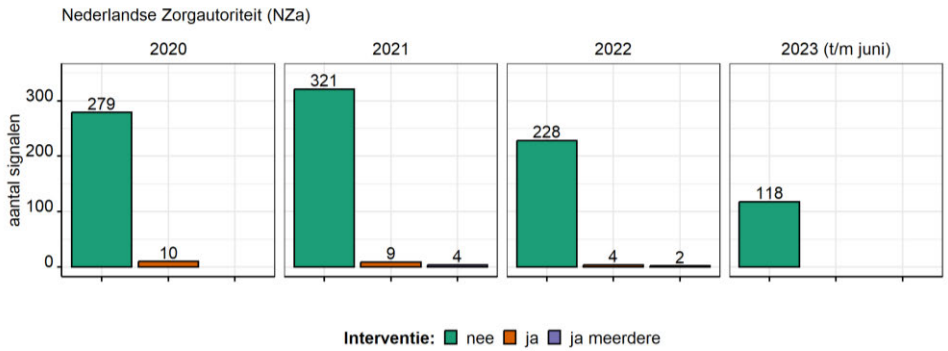
Van de NLA hebben we enkel informatie ontvangen die binnen NLA Opsporing tot een opsporingsonderzoek hebben geleid. Informatie over signalen waarbij de NLA bijvoorbeeld een vooronderzoek heeft uitgevoerd maar waarna geen verdere stappen zijn ondernomen, zijn niet opgenomen in het huidige databestand. Bij de interpretatie van de informatie over de NLA moeten de volgende punten in overweging worden genomen:

- We hebben geen informatie over vooronderzoeken bij de NLA: de categorie 'geen onderzoek ingesteld' omvat naast signalen waarbij een vooronderzoek heeft plaatsgevonden en is besloten dat er geen verdiepend onderzoek nodig is, ook signalen die nog in vooronderzoek zijn of waarvan de status niet nader bekend is.
- De opvolging van een signaal kan om verschillende redenen onbekend zijn, zoals: gebrek aan aanknopingspunten voor strafrechtelijk onderzoek, onvoldoende capaciteit, (te) geringe omvang van de zaak, (te) lage prioriteit ten opzichte van andere zaken, verouderde informatie, of signaalopvolging door andere partners.
- Uit de registratie van de NLA valt niet af te leiden of een signaal dat via het IKZ is gedeeld en/of ontvangen, heeft bijgedragen aan een lopend onderzoek of dat het signaal zelf de aanleiding was voor een nieuw onderzoek.
- De werkwijze van de NLA resulteert doorgaans in beperkte opvolginformatie bij recent gedeelde signalen.
- Ten opzichte van het vorige rapport over handhavingsdruk is in dit rapport vastgesteld dat de NLA in 2020 en 2021 minder signalen heeft onderzocht. Dat verschil komt doordat de registratie in het huidige databestand is verbeterd. Alleen wanneer een entiteit uit een signaal daadwerkelijk als een verdachte in het strafrechtelijk onderzoek naar voren komt, wordt dit geregistreerd in het voorliggende rapport.

<u>NZa</u>

Gegevens van de NZa

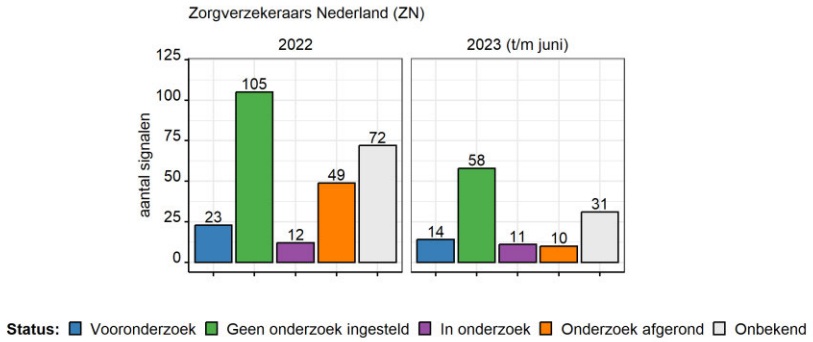
Van de NZa hebben we enkel informatie ontvangen over welke signalen hebben geleid tot één of meerdere interventies. Er is geen informatie beschikbaar over de (voor)onderzoeken die aan een interventie voorafgingen, de conclusie die de NZa trok op basis van deze onderzoeken of de gevolgen van de interventies. De definitie van een interventie bij de NZa is breder dan de definitie die in dit project gehanteerd wordt. Bij de NZa vallen onder de definitie van een interventie bijvoorbeeld ook activiteiten zoals het sturen van een informatieverzoek of het uitvoeren van een bedrijfsbezoek. Echter, vanuit dit project beschouwen we deze activiteiten als onderdeel van een onderzoek, met mogelijk een gedragsverandering als gevolg. In onderstaande figuur hebben we daarom een beperkter aantal interventies opgenomen, namelijk: aanwijzingen, gesprekken, last onder dwangsom, voorlichting en (in)formele waarschuwingen.



Figuur 7: Het uitvoeren van interventies door de NZa bij signalen van de NZa (gedeeld en ontvangen)

Uit Figuur 7 blijkt dat de NZa bij de meeste signalen die via het IKZ met of door hen gedeeld zijn geen interventies uitvoert ten gevolge van een onderzoek. In de data is niet inzichtelijk bij welk deel van de signalen de NZa vooronderzoek of verdiepend onderzoek uitvoert of al heeft uitgevoerd. Ook de uitkomsten van het onderzoek zijn niet bekend. We kunnen daarom ook niet afleiden bij welk deel van de signalen redelijkerwijs verwacht kan worden dat de NZa een interventie uitvoert. Ook hebben we geen zicht op de aantallen waarbij het uitvoeren van een onderzoek leidde tot een gedragsverandering bij de zorgaanbieder.

<u>ZN</u>
Uit Figuur 8 blijkt dat bij veel signalen geen onderzoek is ingesteld en dat bij een groot deel van de signalen de status onbekend is. In 2022 is bij circa 50 signalen een onderzoek afgerond.



Figuur 8: De status van de signalen van ZN (gedeeld en ontvangen)

Gegevens van ZN
Van ZN hebben we enkel informatie ontvangen over de periode januari 2022 tot en met juni 2023 en over de opvolgactiviteiten die bij ZN bekend zijn. De informatie over de opvolging van signalen die andere partijen met ZN gedeeld hebben is mogelijk niet volledig. De opvolgactiviteiten van zorgverzekeraars worden hiermee met grote waarschijnlijkheid onder gerepresenteerd. De werkwijze van zorgverzekeraars en zorgkantoren houdt in beginsel in dat signalen van ZN pas met andere partners gedeeld worden wanneer het onderzoek bij de zorgverzekeraars/-kantoren is afgesloten. Onder ‘onderzoek afgerond’ vallen daarom ook veel onderzoeken die voorafgaand aan de deling van de signalen hebben plaatsgevonden. Verder is de manier van registratie bij ZN gedurende 2022 veranderd en zijn signalen die met verzekeraars zijn gedeeld vaak geregistreerd als “doorgegeven aan een partner buiten het verzamelpunt”. Bij deze signalen is meestal geen informatie beschikbaar over de status van het onderzoek. Dit verklaart de, in verhouding, grote hoeveelheid signalen waarvan de status onbekend is.

4. Conclusie

Dit rapport biedt enig inzicht in de opvolging van signalen met betrekking tot misstanden, fouten en fraude in de zorgsector die via het IKZ gedeeld zijn. De bevindingen tonen aan dat er variatie is in de opvolging van signalen tussen de verschillende partners en benadrukken het belang van een nauwkeurige interpretatie van de gegevens gezien de verschillen in taken en bevoegdheden van deze partners.

Ondanks de inspanningen van verschillende partners om informatie te verzamelen, blijft de beschikbaarheid en kwaliteit van de gegevens een knelpunt. De opvolging van signalen die we in dit rapport hebben weergegeven is daarom helaas onvolledig. We kunnen minder informatie laten zien dan gepland en, met betrekking tot de opvolging van signalen, weinig conclusies trekken over de ketensamenwerking, laat staan de effectiviteit of efficiëntie hiervan. Hoewel dit rapport een overzicht biedt over de opvolging van signalen tussen januari 2020 en juni 2023, benadrukt het sterk de behoefte aan verbeterde samenwerking en gegevensregistratie om effectieve handhaving in de zorgsector te waarborgen en toekomstige rapportages te versterken.

5. Vervolg project handhavingsdruk

Het onderzoek over de handhavingsdruk wordt in het vervolg op een andere manier ingestoken. De opbrengst van de huidige manier van onderzoeken weegt niet op tegen de geleverde inspanningen door het IKZ en door de ketenpartners die hebben meegewerkt. Op 25 januari 2024 heeft het IKZ een sessie georganiseerd om de rapporten samenwerking en handhavingsdruk (rapport over 2021 en 2022) samen met onze partners te bespreken. Daarbij ging het onder andere erom hoe het oorspronkelijke doel van het project handhavingsdruk bereikt kan worden: het meten van de effecten en effectiviteit van de gezamenlijke inspanningen omtrent misstanden, fouten en fraude in de zorg.

Enkele partners wilden verder bijdragen aan het ontwikkelen van een nieuwe meting. In maart 2024 heeft het IKZ een brainstormsessie gehouden om met deze partners en de uitkomsten van de sessie van januari te komen tot concretere opties voor een nieuwe meting. Het IKZ heeft deze nader uitgewerkt en op 03 april 2024 ter bespreking aan de begeleidingscommissie ”Sturen op Effect” voorgelegd. [3] De uitkomsten worden aan de BG TIZ van 18 april ter bespreking voorgelegd. Belangrijke aandachtspunten bij een nieuwe ontwerp voor een effectmeting zijn de haalbaarheid en betrouwbaarheid van de meting en de toegevoegde waarde van het product voor de partners.

[3] De begeleidingscommissie bestaat uit leden van de NZa, de NLA, de VNG en ZN.

PGB maandloon

Quick scan naar trends en ontwikkelingen

28 januari 2019

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

1. Inleiding

Aanleiding

Cliënten met een pgb hebben de mogelijkheid om hun zorgverlener te laten uitbetalen door middel van een vast maandloon. Zo meldt de Sociale Verzekeringsbank op haar website:
'Werkt uw zorgverlener elke week op vaste dagen een vast aantal uur voor u? Dan kunt u het beste een vast maandloon betalen. Wij betalen uw zorgverlener dan aan het einde van elke maand. U hoeft dan geen urenbriefjes of facturen in te sturen.'

Zowel cliënten met een pgb vanuit de Wmo, de Jeugdwet, de Wlz als de Zvw maken gebruik van deze optie. Voor cliënten met een pgb vanuit de Zvw geldt echter dat een vast maandloon, waarbij geen urenspecificaties worden ingediend, niet is toegestaan vanuit het oogpunt van een rechtmatige uitvoering van de Zvw. Uit coulance is echter bij zorgovereenkomsten die al voor 1 januari 2015 bij de SVB geregistreerd waren, uitbetaling van een vast maandloon nog toegestaan. Bij nieuwe zorgovereenkomsten is dit, wat betreft de Zvw-pgb's, niet meer mogelijk[1].

Ook voor maandloon bij een pgb uit de Wlz, de Jeugdwet of de Wmo kan de vraag worden gesteld of er in het geval van maandloon voldoende waarborgen zijn dat het budget rechtmatig wordt besteed. Zo heeft de Inspectie SZW bij een aantal casussen geconstateerd dat er nieuwe zorgovereenkomsten werden aangegaan tussen zorgaanbieder en cliënt, waarbij werd overgestapt van facturen per uur per zorgvorm naar maandelijkse uitbetaling van een vast bedrag. Daarbij wordt het totale pgb gedeeld door twaalf, en wordt dit bedrag maandelijks gedeclareerd. Hierbij kan de vraag gesteld wordt of er nog wel controle plaatsvindt door de cliënt of de gedeclareerde uren zorg ook geleverd zijn. Bovendien is er ook door zorgkantoren geen controle op rechtmatigheid mogelijk, aangezien er geen verantwoording wordt ingediend door de cliënt over het aantal uur geleverde zorg.

De Inspectie SZW heeft het IKZ gevraagd een analyse te doen naar trends en ontwikkelingen wat betreft factureren van maandloon, om na te gaan of hier mogelijk sprake is van een fenomeen.

[1] Commissiebrief Tweede Kamer inzake Invoering nieuwe regeling door de SVB voor wat betreft pgb trekkingsrecht, 24 mei 2017.

Onderzoeksvragen

De volgende onderzoeksvragen zijn hierbij gesteld:

1. Is het uitbetalen van pgb op basis van maandloon waarneembaar in de bestanden van SVB en zorgverzekeraars/Vektis?
2. Hoeveel procent van de met pgb's ingekochte zorg is momenteel op basis van maandlonen?
3. Is er een trend waarneembaar dat er in de afgelopen 2 jaar steeds meer op basis van maandloon wordt uitbetaald?
4. Is een verrekening aan het eind van het kalenderjaar waarneembaar in de bestanden?
5. In hoeveel procent van de gevallen waar gewerkt wordt met maandloon vindt er verrekening plaats aan het eind van het kalenderjaar?
6. Welk percentage van het budget wordt bij maandloon uitbetaald op jaarbasis?
7. Wat kunnen we op basis van bovenstaande vragen en de antwoorden daarop, concluderen?

Aanpak

Het IKZ heeft naar aanleiding van deze vragen contact opgenomen met ZN en met de SVB. ZN heeft het IKZ aangeraden eerst afstemming te zoeken met VWS over beleidsmatige ontwikkelingen rondom dit vraagstuk. Het IKZ wil echter, hieraan voorafgaand, op basis van een quick scan alvast inzicht bieden in cijfers over het maandloon pgb. Daarom hebben we de SVB gevraagd om ons cijfers hieromtrent te leveren. De SVB voert de betalingen uit aan de zorgverleners van alle budgethouders met een pgb vanuit de Wmo, de Jeugdwet of de Wlz en heeft derhalve over deze budgethouders cijfers aangeleverd. Deze cijfers presenteren we in het vervolgende hoofdstuk.

2. Resultaten

Aantal uitbetalingen in maandloon

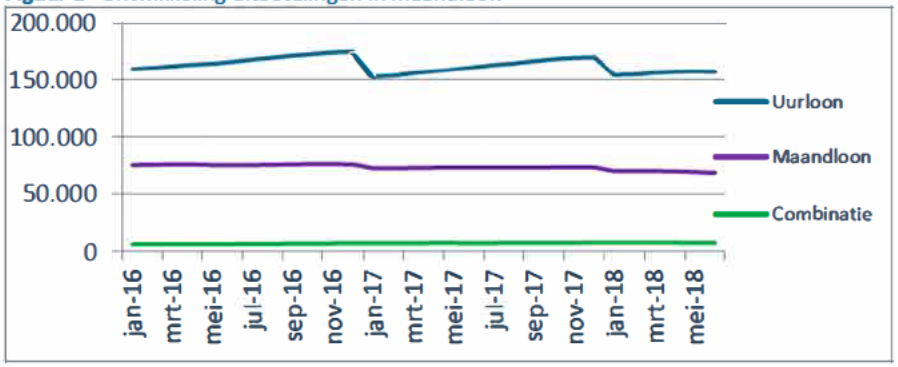
De cijfers van de SVB geven inzicht in het aantal zorgverleners dat uitbetaald wordt door middel van een uurloon, een maandloon, of een combinatie van beide, over de periode januari 2016 t/m juni 2018. Dit betreft betalingen met pgb's op basis van de Wmo, de Jeugdwet of de Wlz.

Tabel 1 Ontwikkeling uitbetalingen in maandloon

Uitbetaling	Januari 2016		Juni 2018		Ontwikkeling
	Aantal	%	Aantal	%	
Uurloon	159.011	66%	156.441	67%	+1%
Maandloon	74.749	31%	68.298	29%	-2%
Combinatie	6.413	3%	7.564	3%	+1%
Totaal	240.173	100%	232.303	100%	

In de tabel is te zien dat rond de 30% van de zorgverleners (enkel) uitbetaald wordt door middel van maandloon, daarbij komt nog 3% van de hulpverleners bij die zowel maandloon als uurloon ontvangen.
Het aandeel zorgverleners met maandloon is niet substantieel veranderd in tweeënhalf jaar tijd. Er is sprake van een lichte afname van 2%.
De volgende figuur laat het aantal zorgverleners met maandloon, uurloon, en een combinatie daarvan, per maand zien. In de figuur is wederom te zien dat dit aandeel redelijk stabiel blijft.

Figuur 1 Ontwikkeling uitbetalingen in maandloon



Verrekening aan het eind van het jaar

Te veronderstellen is dat zorgverleners niet altijd elke maand evenveel uren werken, ook al ontvangen ze maandloon. In dat geval zou je verwachten dat er aan het eind van het jaar een verrekening plaatsvindt om hiervoor te corrigeren. Eén van de onderzoeksvragen is daarom hoe vaak het voorkomt dat er, in het geval van maandloon, aan het eind van het jaar een verrekening plaatsvindt.

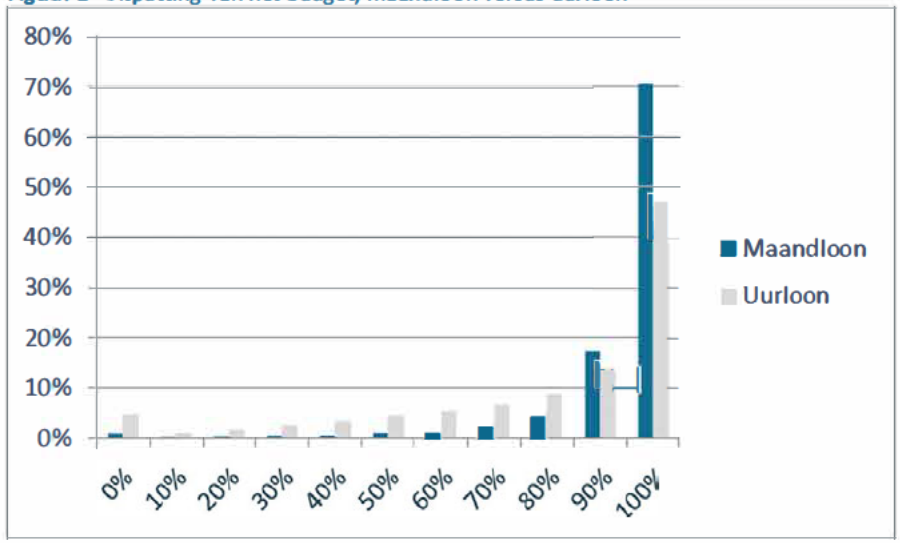
Aan de SVB is gevraagd hier cijfers over aan te leveren. De SVB heeft echter aangegeven deze cijfers niet te kunnen leveren. De reden hiervoor is dat uit dergelijke cijfers geen conclusies getrokken kunnen worden. Ten eerste is een verrekening niet altijd terug te zien in de data. Verrekeningen kunnen plaatsvinden met terugwerkende kracht, in dat geval is in de data niet zichtbaar dat er een verrekening heeft plaatsgevonden. Dit leidt tot een onderschatting van het aantal verrekeningen.

Daarbij komt, dat als er wel zichtbaar is dat er aan het eind van het jaar een hoger of lager bedrag is gedeclareerd, niet duidelijk is waarom dit is. Het kan zijn dat er in de maand december eenmalig meer of minder uren zijn gewerkt, of dat dit voor eerdere maanden geldt. Vaak betreft een verrekening ook een correctie vanwege een loonsverhoging van de zorgverlener. Ook is het mogelijk dat het zorgkantoor aan het eind van het jaar nog een extra beschikking afgeeft, wat het mogelijk maakt om extra zorg te declareren.

Uitputting van het budget

Hiervoor is gemeld dat de Inspectie SZW signaleert dat in het geval van maandloon, het totale budget door twaalf wordt gedeeld en per maand gedeclareerd, zodat het gehele budget altijd wordt opgemaakt. Om te toetsen hoe vaak het gehele budget wordt uitgeput, en of dit afwijkt van gevallen waarbij gewerkt wordt met uurloon, is aan de SVB gevraagd hier cijfers over aan te leveren.

Figuur 2 Uitputting van het budget, maandloon versus uurloon



In de figuur is weergegeven hoe vaak cliënten die werken met alleen maandloon, versus cliënten die alleen werken met uurloon, een bepaald percentage van het budget besteden op jaarbasis. Op de horizontale as is weergegeven welk percentage van het budget jaarlijks is besteed. Deze percentages zijn afgerond op tientallen, bijvoorbeeld 94% van het budget besteed is in de categorie '90%' meegenomen, 96% van het budget besteed in de categorie '100%'. Op de verticale as is weergegeven hoeveel procent van de cliënten in welke categorie valt. Te zien is dat zowel bij maandloon als bij uurloon, de grootste groep cliënten (afgerond) 100% van het budget besteed. Bij maandloon is deze groep echter duidelijk groter: ruim 70% van de cliënten die werken met maandloon besteden 95% van het budget of meer, bij uurloon is dit iets minder dan de helft (47%).

Ook als we kijken naar het percentage budget dat gemiddeld wordt besteed door cliënten, zien we dat cliënten die hun zorgverleners een maandloon betalen, meer besteden dan cliënten die een uurloon uitbetalen.

Tabel 2 Gemiddeld percentage van het budget besteed

Type loon	Gemiddeld percentage van budget besteed
Maandloon	92%
Uurloon	80%
Alle typen	86%

Uit de tabel blijkt dat budgethouders die werken met maandloon jaarlijks gemiddeld 92% van hun budget besteden. Voor cliënten die de zorgverleners in uurloon uitbetalen is dat beduidend minder, namelijk 80%.

3. Conclusie

Uit de cijfers wordt zichtbaar dat het uitbetalen van pgb-zorgverleners door middel van maandloon veel voorkomt. Zo'n 30% van de zorgverleners wordt op deze wijze uitbetaald. Dit percentage is stabiel over de periode 2016 t/m medio 2018. Er is dus geen sprake van een toename van uitbetalingen op basis van maandloon.

Of er bij maandloon aan het eind van het jaar een verrekening plaatsvindt is niet op betrouwbare wijze uit de data te halen. Hierover kunnen we dus niet rapporteren.

Wel blijkt uit de cijfers dat budgethouders die hun zorgverleners maandelijks een vast bedrag uitbetalen, gemiddeld genomen een groter aandeel van hun budget besteden dan indien ze werken met uurloon: ruim 70% van de cliënten die werken met maandloon besteden 95% van het budget of meer, bij uurloon geldt dit voor minder dan de helft van de cliënten.

Of het gebruik van maandloon verband houdt met onrechtmatige bestedeling van het pgb, kunnen we op basis van dit beknopte onderzoek niet zeggen. De budgethouders zijn zelf verantwoordelijk voor controle op de gewerkte uren en een correcte declaratie, zowel bij uurloon als bij maandloon. Als cliënt en zorgverlener er op uit zijn om meer te declareren dan is geleverd, kan dit ook in het geval van uurloon. Opvallend is wel dat bij maandloon vaker het gehele budget wordt besteed.

4. Mogelijk vervolg

We kunnen op basis van deze beknopte analyse geen conclusies trekken over de mate waarin het pgb, in geval van maandloon, onrechtmatig wordt besteed. Om hier uitspraken over te kunnen doen zou nader onderzoek nodig zijn[2].

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

[2] Overigens zou nader onderzoek zich het beste kunnen toespitsen op pgb's voor Wmo en Wlz-zorg. Nader onderzoek naar eventuele ontwikkelingen bij maandloon op basis van de pgb's uit de Zvw lijkt minder zinvol, aangezien regelgeving er reeds in voorziet dat dit bij nieuwe zorgovereenkomsten niet meer mogelijk is.

[redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

Een dergelijk onderzoek is in principe uitvoerbaar en kan interessante inzichten opleveren. De vraag is wel of het IKZ de voor de hand liggende partij is om zo'n onderzoek uit te voeren. Belangrijker nog is de vraag of een dergelijk onderzoek meerwaarde heeft. Het is ook denkbaar dat partijen, zonder dat hiervoor nader onderzoek nodig is, tot de conclusie komen dat er nadere regelgeving dient te komen met betrekking tot de urenverantwoording in het geval van maandloon pgb, omdat de huidige situatie waarin er geen enkele verantwoording van geleverde uren plaatsvindt, als onwenselijk wordt gezien.

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

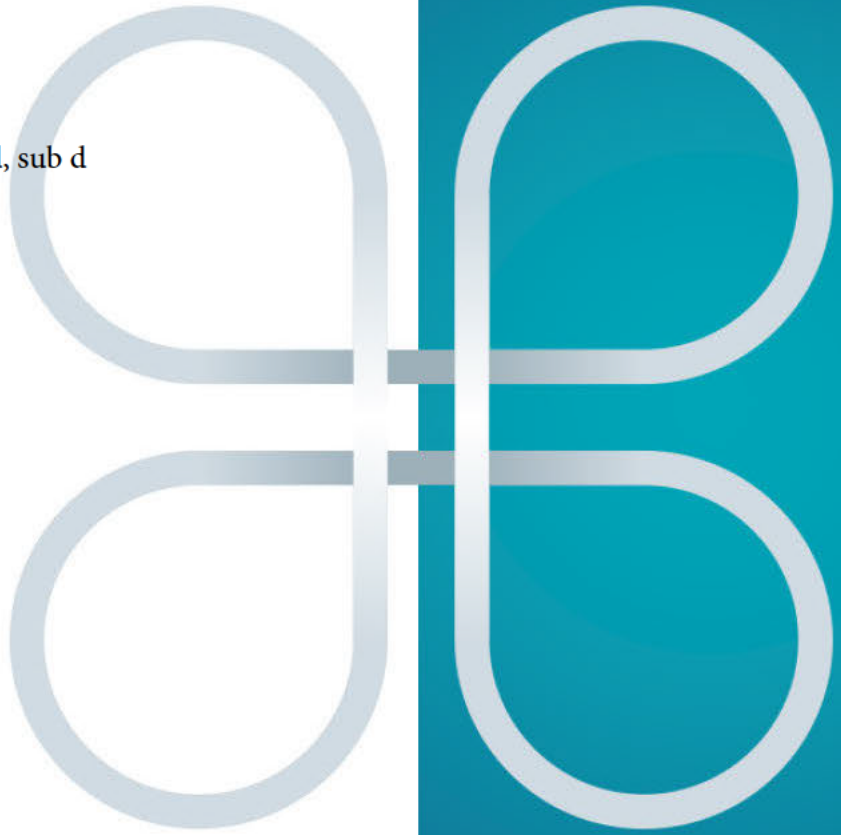
19. [redacted]

Samenloop zorg uit verschillende financieringsstromen

Pilot onderzoek gemeente [redacted]

art 5.1, tweede lid, sub d

Rapport november 2021



ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

Inhoudsopgave

1. Inleiding ... 3
   1.1 Aanleiding onderzoek ... 3
   1.2 Doel van het onderzoek ... 4
   1.3 Afbakening en operationalisatie ... 4
   1.4 Onderzoeksvragen ... 5
   1.5 Aanpak analyse ... 5
   1.6 Duiding samenloop ... 6
   1.7 Opzet van het rapport ... 6
2. Theorie en praktijk ... 8
   2.1 De verschillende zorgwetten in vogelvlucht ... 8
   2.2 Samenloop tussen zorg in verschillende financieringsstromen ... 9
   2.3 Aanvraag Wmo- of Jeugdzorg bij de gemeente [redacted] ... 11
3. Omvang samenloop zorg ... 14
   3.1 Aantal personen met zorg ... 14
   3.2 Aantal personen met samenloop van zorg uit meerdere financieringsstromen 15
   3.3 Aantal personen met samenloop per groep Wmo-voorzieningen ... 15
4. Aard van de samenloop ... 17
   4.1 Samenloop op categorieniveau met groep 1 Wmo-voorzieningen ... 17
   4.2 Samenloop op categorieniveau met groep 2 Wmo-voorzieningen ... 17
   4.3 Aard samenloop Wmo en Wlz-overig (zzp/mpt/vpt) ... 18
   4.4 Aard samenloop Wmo en Wlz-pgb ... 22
   4.5 Aard samenloop Wmo en Zvw (wijkverpleging) ... 23
   4.6 Aard samenloop Jeugdwet en andere financieringsstromen ... 24
5. Conclusie ... 25

Bijlagen ... 28

Bijlage A – Databronnen en methode ... 28

Bijlage B – Specifieke combinaties Wmo en Wlz prestaties die bij minstens 5 personen voorkomen ... 33

Bijlage C – Specifieke combinaties Wmo en Wlz pgb die bij minstens 5 personen voorkomen ... 35

Bijlage D – Top 10 specifieke combinaties Wmo en Wijkverpleging per Wmo categorie die bij minstens 5 personen voorkomen ... 36

Bijlage E – Conversietabel producten 2018 naar producten 2019 gemeente [redacted] ... 39

1. Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de, bij haar, aangesloten partners, zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten, organisaties die zorgindicaties beoordelen voor cliënten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.1 Aanleiding onderzoek

Het IKZ heeft de mogelijkheid om over de zorgdomeinen heen te kijken, omdat alle relevante partners samenwerken binnen het IKZ. De partners zelf hebben vaak alleen zicht op hun eigen zorgdomein waardoor zonder informatiedeling een totaalbeeld van zorg op cliëntniveau ontbreekt.

In de casuïstiek die bekend is bij het IKZ komt voor dat zorg vermoedelijk onrechtmatig ten laste van een andere wet of verzekering wordt gedeclareerd, dan de wet/verzekering waaronder de zorg valt. Doordat verschillende instanties verantwoordelijk zijn voor verschillende financieringsstromen is fraude met geldstromen uit andere verzekeringen/wetten niet altijd zichtbaar. Zo onderzoekt het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) of iemand recht heeft op zorg uit de Wet langdurige zorg (Wlz) en gemeenten doen dit voor zorg uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Bij de verschillende instanties is niet voldoende zicht op zorg die cliënten ontvangen uit andere financieringsstromen waardoor ook samenloop van zorg uit meerdere financieringsstromen niet direct zichtbaar is.

Zo kan bijvoorbeeld individuele begeleiding uit de Wmo of Wlz gefinancierd worden. Zorg uit de Wlz is voorliggend aan zorg uit de Wmo. In principe zou in een situatie waarin een persoon een Wlz-indicatie heeft, de zorg geregeld moeten worden vanuit de Wlz en niet vanuit de Wmo. Dit betekent dat gemeenten een maatwerkvoorziening op grond van de Wmo kunnen afwijzen of beëindigen indien een cliënt de betreffende zorg ook kan krijgen uit de Wlz. Hierop is een aantal uitzonderingen mogelijk. Bepaalde zorgvormen uit de Wmo kunnen wél in combinatie met zorg uit de Wlz worden geleverd.

Onbekend is hoe vaak het voorkomt dat cliënten zorg uit meerdere financieringsstromen ontvangen en wat de aard van deze zorg is. In de eerste helft van 2020 heeft het IKZ een vooronderzoek uitgevoerd om te verkennen of het mogelijk is de samenloop van Wmo- en Wlz-zorg te onderzoeken en zo ja, in welke mate samenloop voorkomt. Hiervoor hebben we bij de NZa aanwezige databestanden van het Centraal Administratie Kantoor (CAK) en Vektis gebruikt. De data betroffen declaraties van alle cliënten in Nederland die in 2015 en/of 2016 zorg uit de Wlz en/of Wmo hebben ontvangen. Uit de analyse kwamen de volgende resultaten naar voren:

- Ongeveer een derde van alle Wlz-cliënten heeft in minimaal één maand gelijktijdig ook een Wmo-maatwerkvoorziening ontvangen.
- Er zijn enkele duizenden combinaties van specifieke Wmo- en Wlz-declaraties binnen deze groep.
- Sommige Wmo-maatwerkvoorzieningen komen vaker voor in combinatie met Wlz-zorg dan andere.

Op basis van het vooronderzoek kunnen we de conclusie trekken dat samenloop van Wmo- en Wlz-zorg voorkomt en de juiste databestanden beschikbaar zijn om deze samenloop (in recentere jaren) nader te onderzoeken. Op basis van data uit recentere jaren willen we de samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen in kaart brengen. Daarnaast willen we kijken of we, in het kader van rechtmatigheid, algemene uitspraken kunnen doen over of de samenloop van zorg in lijn is met de wet- en regelgeving.

Naast samenloop van Wmo- en Wlz-zorg is samenloop van andere zorg mogelijk. Verzorging en hulp bij medicijngebruik kunnen bijvoorbeeld zowel uit de Wmo, Wlz als de Zvw gefinancierd kunnen worden. Om een beeld te geven van samenloop van financieringsstromen en mogelijke risico's hierin bloot te leggen, is besloten om met de gemeente [redacted] een pilotonderzoek uit te voeren naar samenloop van zorg. De gemeente heeft alleen zicht op zorg uit de Wmo en Jeugdwet, daarom is het interessant om samenloop met andere financieringsstromen te bekijken. De verschillende samenloop die in dit onderzoek behandeld zal worden, is: Wmo/Wlz, Wmo/Zvw (wijkverpleging), Wmo/Jeugdwet, Jeugdwet/Wlz en Jeugdwet/Zvw (wijkverpleging).

1.2 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om meer zicht te krijgen op samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen. Samenloop van zorg uit verschillende financieringsbronnen (Wmo/Wlz, Wmo/Zvw, Wmo/Jeugdwet, Jeugdwet/Wlz en Jeugdwet/Zvw) wordt inzichtelijk gemaakt en daarmee wordt bepaald wat de omvang is van zorg waarbij tegelijkertijd gebruik wordt gemaakt van zorg uit die verschillende financieringsstromen. Daarnaast willen we deze samenloop duiden: welke combinaties van zorg komen voor bij de samenloop? Is het, op basis van de wet, mogelijk dat samenloop voorkomt?

Specifiek willen we een beeld krijgen van het totaal aantal cliënten dat tegelijkertijd gebruik maakt van zorg uit meerdere financieringsstormen. Daarnaast kijken we naar de unieke combinaties van zorg uit verschillende financieringsstromen die voorkomen en analyseren we of deze combinaties al dan niet rechtmatig zijn.

1.3 Afbakening en operationalisatie

Samenloop

In dit onderzoek wordt de term *samenloop* gebruikt. Hiermee wordt bedoeld dat voor één persoon zorg uit meerdere financieringsstromen is gedeclareerd over dezelfde periode. Hierbij wordt gekeken naar de periode tussen de begin- en einddatum van gedeclareerde zorg. Wanneer er een overlap is tussen de periodes van twee declaraties uit verschillende financieringsstromen, dan wordt dit gezien als samenloop. De samenloop is op weekniveau geanalyseerd.

Samenloop wordt geanalyseerd op categorieniveau (bijvoorbeeld begeleiding, dagbesteding of vervoersdiensten uit de Wmo) en op codeniveau (welke *specifieke* vervoersdienst is ingezet voor de cliënt). Op basis van de wetgeving en gesprekken met experts zullen we de samenloop op codeniveau proberen te duiden met betrekking tot rechtmatigheid. We kunnen echter niet met zekerheid zeggen dat de combinaties ook daadwerkelijk onrechtmatig zijn. In de praktijk komt toekenning van zorgvoorzieningen namelijk veelal aan op maatwerk en zijn er altijd uitzonderingen mogelijk. Hierdoor kunnen we enkel uitspraken doen over *mogelijke* onrechtmatigheid. Aanvullend onderzoek (bijvoorbeeld door de gemeente) zal altijd nodig zijn om onrechtmatigheid daadwerkelijk vast te stellen.

Financieringsstromen

De focus ligt op zorg die is gefinancierd uit de Wmo, de Wlz, de Jeugdwet en de Zvw. De volgende zorgvormen worden meegenomen in dit onderzoek:

- Wmo: Grotendeels maatwerkvoorzieningen, enkele algemene voorzieningen;[1]
- Jeugdwet: Maatwerkvoorzieningen die betrekking hebben op jeugdhulp, jeugdreclassering en jeugdbescherming[2];
- Wlz: Alle zorg die vanuit de Wlz wordt geboden;
- Zvw: Wijkverpleging.

Gemeente [redacted]

Het onderzoek spitst zich toe op zorg die genoten is door cliënten waarvan zorg door de gemeente [redacted] wordt gefinancierd. Dit zijn:

[1] Een algemene voorziening wordt door de gemeente aangeboden aan iedereen zonder voorafgaand onderzoek naar specifieke behoeften en persoonskenmerken. Een maatwerkvoorziening wordt na uitgebreid onderzoek aangeboden en is afgestemd op een specifiek persoon.

[2] Hoewel jeugdreclassering en jeugdbescherming binnen het TIZ begrippenkader niet worden meegenomen bij jeugdhulp, hebben we dit bij dit onderzoek wel gedaan. Dit betreft slechts 1,8% van de voorzieningen in de data van de gemeente [redacted].

1. alle personen die in de gemeente [redacted] wonen en Wmo-zorg ontvangen en;
2. alle jeugdigen die hulp uit de Jeugdwet ontvangen waarvan de ouders woonachtig zijn in de gemeente [redacted]k.

Periode

We kijken naar samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen in de jaren 2017, 2018 en 2019. Recentere declaratiedata waren (nog) niet beschikbaar waardoor we over samenloop in de jaren 2020 en 2021 geen uitspraken kunnen doen.

1.4 Onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen zijn als volgt gedefinieerd:

Theorie en praktijk

1. Wat zijn de algemene kenmerken van de verschillende zorgwetten?
2. Wat staat er in de wet met betrekking tot samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen? Indien er geen specifieke bepaling in de wet is opgenomen wat weten we over samenloop in de praktijk?
3. Wat is de werkwijze geweest van de gemeente [redacted]k in de periode 2017-2019 bij zorgvragen vanuit de Wmo en Jeugdwet?

Omvang van de samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen bij [redacted]

4. Bij hoeveel cliënten is er sprake van zorg vanuit de Wlz/Zvw en zorg vanuit de Wmo/Jeugd?

Aard van de samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen bij [redacted]

5. Bij welke Wlz/Zvw- en Wmo/Jeugd-voorzieningen komt samenloop voor? Hoe vaak en hoe lang komt samenloop voor?
6. Welke samenloop is op basis van de wetgeving te verwachten en wanneer is samenloop mogelijk onrechtmatig?
7. Hoe kan deze (mogelijk) onrechtmatige samenloop in de toekomst voorkomen worden?

Het onderzoek heeft alleen kennisvermeerdering ten doel. De resultaten van de analyse zijn op geaggregeerd niveau en kunnen niet gebruikt worden voor toezichts- of opsporingsdoeleinden. De gemeente [redacted] krijgt met dit onderzoek een indruk van de samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen waarvoor zij de financierende partij zijn.

Dit onderzoek betreft een pilotstudie naar de samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen bij de gefinancierde zorg van de gemeente [redacted]. Tegelijkertijd wordt er bij het IKZ een studie op landelijke niveau uitgevoerd met CBS microdata. Mogelijk kunnen we bij deze pilotstudie geen uitspraken doen over bepaalde specifieke samenloop vanwege te kleine aantallen binnen de gemeente [redacted]. De verwachting is dat we dit bij het onderzoek met de landelijke data wel zullen kunnen doen en er meer generalistische conclusies over samenloop van zorg getrokken kunnen worden.

1.5 Aanpak analyse

Om de samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen in kaart te brengen hebben we diverse databronnen met declaraties op persoonsniveau aan elkaar gekoppeld. De gemeente [redacted] heeft een bestand geleverd met data over gebruik van voorzieningen uit de Wmo en Jeugdwet. Voor data over gebruik van zorg uit de Wlz, zorg uit de Zvw en demografische kenmerken hebben we bestanden van Vektis gebruikt. De Wlz-bestanden bestaan uit verzilverde zorg uit de Wlz en toegekende budgetten voor persoonsgebonden budgetten als cliënten zelf zorg inkopen. Deze bestanden zijn aangeleverd aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en bevatten declaraties die bij zorgverzekeraars zijn ingediend.[3]

De Vektis-bestanden zijn voor de koppeling gefilterd op 1) personen geregistreerd op postcodes van de gemeente [redacted] en 2) personen die ook aanwezig zijn in het Wmo-/Jeugdwet-bestand van de gemeente [redacted], onafhankelijk van hun postcode. Gemeente [redacted]k financiert namelijk ook de zorg voor jeugdigen waarvan de ouders in de gemeente

[3] We hebben de gegevens uit Vektis gebruikt, zoals ze op 9 juli 2021 in het systeem stonden.

[redacted] woonachtig zijn, onafhankelijk van de woonplaats van de jeugdige zelf. Voor de analyse hebben we deze subpopulaties, inwoners van gemeente [redacted] en cliënten waarvoor gemeente [redacted] zorg financiert, maar die woonachtig zijn buiten de gemeente, samengenomen.

Om de verschillende databestanden op persoonsniveau aan elkaar te koppelen hebben we gebruik gemaakt van gepseudonimiseerde BSN's ('pseudo-BSN's). Oorspronkelijk bevatten de databestanden BSN's. Om de privacy te waarborgen zijn de bestanden verwerkt door een gecertificeerde derde partij, ZorgTTP, door wie de BSN's vervangen zijn door pseudo-BSN's. Hierbij verwijst eenzelfde pseudo-BSN in de verschillende bestanden naar dezelfde persoon. Deze bestanden, voorzien van pseudo-BSN's, zijn vervolgens door ZorgTTP aan ons geleverd. Zo zijn de databestanden aan elkaar gekoppeld middels nummers die voor elke persoon uniek zijn, maar niet herleidbaar zijn tot de identiteit van die persoon.

Voor de analyse zijn de afzonderlijke declaratiebestanden dusdanig bewerkt dat we per persoon per week in kaart hebben gebracht welke zorg is ontvangen. Dit geeft per week in 2017 t/m 2019, 156 weken in totaal, een overzicht van de gedeclareerde zorg. Vervolgens zijn de declaratiebestanden van de verschillende financieringsstromen, bijvoorbeeld Wmo en Wlz, over elkaar heen gelegd. Bij elke combinatie van financieringsstromen, zoals Wmo/Wlz of Jeugdwet/Zvw, is er gecorrigeerd voor vier weken samenloop.[4] Deze vier weken zijn dus van elke samenloop afgetrokken. Vervolgens wordt voor elke afzonderlijke combinatie van twee financieringsstromen het aantal personen en aantal weken samenloop gerapporteerd (voor de schematische weergave zie bijlage A).

Niet alle Wmo-declaraties hebben een einddatum. Drie specifieke Wmo-categorieën, vervoersvoorzieningen, woonvoorzieningen en rolstoelen, hebben vaak geen einddatum (25% tot 40%). Dit betreffen voornamelijk voorzieningen die eenmalig worden gedeclareerd, zoals een traplift. Voor deze Wmo-categorieën hebben we de samenloop niet op weekniveau weergegeven. In het rapport wordt daarom samenloop gerapporteerd voor twee verschillende groepen Wmo-voorzieningen; met einddatum (groep 1) en zonder einddatum (groep 2).

1.6 Duiding samenloop

Voor de duiding van de resultaten hebben we met een aantal experts van diverse partijen gesproken, namelijk :

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- VGZ
- Stimulansz
- Gemeente [redacted]
- Gemeente [redacted]

Iedere organisatie heeft specifieke expertise bij specifieke zorgdomeinen. Bij het ministerie hebben we zowel een beleidsmedewerker langdurige zorg als een beleidsmedewerker die zich bezig houdt met de informatievoorziening richting gemeenten en zorgverzekeraars gesproken. Bij de gemeenten hebben we toezichthouders Wmo en Jeugd gesproken. Om tevens het Wlz-perspectief te belichten, is er gesproken met het zorgkantoor van de regio van [redacted] – medewerker materiële controle) en met de NZa (directie Regulering – langdurige zorg; medisch adviseur). Ook is er voor de duiding van samenloop met wijkverpleging met een medewerker regulering wijkverpleging bij de NZa gesproken.

1.7 Opzet van het rapport

We passen in het rapport dezelfde driedeling toe als bij de onderzoeksvragen (zie paragraaf 1.4) is aangehouden. Allereerst zullen we het wettelijk kader schetsen op het gebied van de afzonderlijke financieringsstromen en samenloop ertussen (onderzoeksvraag 1 t/m 3). Dit behandelen we in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 behandelen we de omvang van de samenloop die we zien bij zorg gefinancierd door de gemeente [redacted], aan de hand van onderzoeksvraag 4. In hoofdstuk 4 wordt allereerst een algemeen beeld van de aard van de samenloop behandeld en vervolgens ingegaan op de samenloop per unieke combinatie van financieringsstromen (Wmo/Wlz, Wmo/Zvw etc.). Aan de hand van wetgeving, praktijkvoorbeelden en interviews

[4] Vanuit de regelgeving is het uitgangspunt dat, omdat er tijd nodig is om Wlz-zorg te regelen, bij mensen die zorg ontvangen uit Zvw of de Wmo de bestaande zorg nog vijf dagen wordt voortgezet. Vanaf vijf dagen na de ingangsdatum van de Wlz-indicatie is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de zorg. Administratief kan er langer een overlap zijn. Op basis van gesprekken met experts, is er gekozen voor een acceptabele administratieve samenloop van vier weken.

met experts zal de samenloop toegelicht worden. Is de samenloop te verwachten? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Als laatste zullen we in hoofdstuk 5 de belangrijkste conclusies samenvatten.

2. Theorie en praktijk

In dit hoofdstuk wordt de relevante wet- en regelgeving met betrekking tot de afzonderlijke financieringsstromen kort toegelicht. Daarnaast gaan we in op wat er in de wet is opgenomen over mogelijke samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen en geven we enkele voorbeelden van zorg die vanuit verschillende zorgwetten kan worden geleverd. Tot slot beschrijven we ook de werkwijze van toekenning van een Wmo- of Jeugdwet-voorziening door de gemeente [redacted], waarbij we ook toelichten wanneer en hoe zorg wordt stopgezet.

2.1 De verschillende zorgwetten in vogelvlucht

Onderstaande tabel 1 geeft een kort overzicht van de verschillende zorgwetten die in dit onderzoek worden meegenomen en welke zorg uit deze wetten wordt geboden, gebaseerd op het TIZ begrippenkader.[5] In de tabel wordt ook genoemd welke instanties verantwoordelijk zijn voor indicatiestelling en financiering van de zorg uit de specifieke wet.[6]

Tabel 1. *Zorgwetten en specifieke zorgvormen*

	Wmo	Wlz	Jeugdwet[+]	Zvw (wijkverpleging)
Soort zorg	Ondersteunen de zorg, zonder geneeskundige context, leveren zodat mensen zo lang mogelijk thuis kunnen blijven wonen.	Zorg, hulp en ondersteuning bieden aan cliënten die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, bijvoorbeeld bij een zware lichamelijke handicap	Ondersteuning, hulp en zorg bieden voor jongeren met bijvoorbeeld een beperking, een stoornis, psychische problemen, een aandoening of opgroeiproblemen.	Hulp en zorg bieden die nodig is om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen voor mensen die ziek zijn, een beperking hebben of moeilijk voor zichzelf kunnen zorgen vanwege ouderdom
Indicatiestelling/ toewijzing door	Gemeente	CIZ	Gemeente	Wijkverpleegkundige
Uitvoering en financiering door	Gemeente	Zorgkantoor	Gemeente	Zorgverzekeraar
Begeleiding groep	X		X	
Begeleiding individueel	X	X	X	
Beschermd wonen	X		X	
Dagbesteding	X	X	X	
Huishoudelijke hulp	X	X		
Hulpmiddelen (thuis)	X		X	X
Persoonlijke verzorging*	X			
Vervoer naar locatie dagbesteding/ begeleiding/ behandeling	X	X	X	
Wijkverpleging*		X		X

[+] Hier wijken we af van het TIZ begrippenkader, binnen het begrippenkader valt namelijk alle hulp en zorg uit de jeugdwet onder eenzelfde begrip.

* Wijkverpleging wordt bekostigd vanuit de Zvw, of uit de Wlz indien de persoon een Wlz-indicatie heeft en zelfstandig woont. Indien iemand persoonlijke verzorging ontvangt die gericht is op het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid, en die niet samenhangt met verpleging, wordt deze bekostigd vanuit de Wmo. Deze zorg valt niet onder Wijkverpleging maar onder Persoonlijke verzorging.

[5] In het begrippenkader is vastgelegd wat we voor een zorg er onder elke zorgsector valt. Dit begrippenkader is gezamenlijk met alle TIZ (Taskforce Integriteit Zorg) partijen afgesproken.

[6] Er zijn verschillende uitgangspunten en referentiekaders als het om verschillende zorgvormen gaat. In dit onderzoek is ervoor gekozen om het TIZ begrippenkader als uitgangspunt te kiezen, waar de verschillende zorgvormen uitvoerig door de verschillende partners zijn besproken.

Uit de tabel is af te leiden dat bepaalde zorgvormen, bijvoorbeeld begeleiding, uit diverse financieringsstromen gefinancierd kunnen worden. In de volgende paragraaf gaan we in op hoe naar de financiering van zorg uit verschillende financieringsstromen gekeken wordt vanuit wetgeving en de praktijk.

2.2 Samenloop tussen zorg in verschillende financieringsstromen

In deze paragraaf wordt de specifieke wetgeving met betrekking tot samenloop toegelicht (indien deze er is) en worden enkele praktijkvoorbeelden benoemd van de aard van samenloop van zorg uit de verschillende financieringsvormen. Achtereenvolgens wordt mogelijke samenloop van zorg uit de verschillende combinaties van financieringsstromen (Wmo/Wlz, Wmo/Zvw (wijkverpleging), Wmo/Jeugdwet, Jeugdwet/Wlz en Jeugdwet/Zvw (wijkverpleging)) behandeld.

Als bij de uitvoering van de zorg verschillende instanties en verschillende zorgaanbieders betrokken zijn, is het mogelijk dat er dezelfde zorg wordt aangevraagd ten laste van meerdere financieringsstromen. In dit geval is de samenloop vaak (vermoedelijk) onrechtmatig. Naast samenloop van dezelfde zorg is er ook samenloop van verschillende zorgsoorten mogelijk, bijvoorbeeld als een cliënt huishoudelijke hulp uit de Wmo ontvangt en gelijktijdig wijkverpleging uit de Zvw. Dergelijke samenloop is vaak rechtmatig, maar kan in sommige gevallen ook onrechtmatig zijn.

2.2.1. Wmo en Wlz

In de Wmo zijn specifieke passages opgenomen over samenloop met zorg uit de Wlz. Zo hoeft volgens de Wmo de gemeente geen voorziening toe te kennen op het moment dat een cliënt een Wlz-indicatie heeft of hierop aanspraak zou kunnen maken (artikel 2.3.5. lid 6 Wmo, zie kader). In principe is bij samenloop van Wmo- en Wlz-zorg dus de vuistregel dat deze onrechtmatig is, omdat Wlz voorliggende is op de Wmo.

Artikel 2.3.5. lid 6 Wmo:
Het college kan een maatwerkvoorziening weigeren indien de cliënt aanspraak heeft op verblijf en daarmee samenhangende zorg in een instelling op grond van de Wet langdurige zorg, dan wel er redenen zijn om aan te nemen dat de cliënt daarop aanspraak kan doen gelden en weigert mee te werken aan het verkrijgen van een besluit dienaangaande.

Echter, er zijn enkele uitzonderingen op de vuistregel gedefinieerd in artikel 8.6a Wmo (zie kader). De uitzonderingen hangen nauw samen met de leveringsvorm van de Wlz-zorg. Verzekerden met een Wlz-indicatie kunnen voor vier verschillende leveringsvormen kiezen, een zorgzwaartepakket (zzp), volledig pakket thuis (vpt), modulair pakket thuis (mpt) of een persoonsgebonden budget (pgb). De leveringsvorm zzp wordt ingezet als de cliënt volledig in een instelling verblijft. Bij de andere drie leveringsvormen wordt zorg thuis ontvangen. Bij een vpt wordt alle zorg thuis door één zorgaanbieder geleverd, bij een mpt zijn dit meerdere zorgverleners en bij een pgb wordt zorg door de cliënt zelf ingekocht.[7]

UITZONDERINGEN Artikel 8.6a Wmo:
Artikel 2.3.5, zesde lid, geldt tot een bij koninklijk besluit vast te stellen tijdstip niet voor daar bedoelde cliënten:
a. die thuis wonen en een maatwerkvoorziening inhoudende een hulpmiddel of een woningaanpassing hebben aangevraagd;
b. die zonder behandeling in een instelling verblijven en een maatwerkvoorziening inhoudende een hulpmiddel ter verbetering van hun mobiliteit hebben aangevraagd;
c. die hun recht op zorg tot gelding brengen met een modulair pakket thuis en een maatwerkvoorziening inhoudende het schoonhouden van hun woonruimte hebben aangevraagd.

[7] https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/leveringsvormen-instelling-vpt-mpt-en-pgb-wlz

Op basis van de uitzonderingen in de Wmo (zie bovenstaand kader) kunnen we concluderen dat rechtmatigheid van samenloop van Wmo- en Wlz-zorg afhangt van de Wlz-leveringsvorm. Bij Wlz-zorg in een instelling met behandeling is samenloop met de meeste Wmo-voorzieningen, zoals begeleiding, huishoudelijke hulp, woonvoorzieningen en hulpmiddelen in principe onrechtmatig. In onze onderzoeksperiode, 2017 tot en met 2019, is de enige rechtmatige samenloop bij Wlz-zorg in een instelling met behandeling de Wmo-voorzieningen vervoermiddelen, het bezoekbaar maken van een woning en regiotaxi (als dit een algemene voorziening is). Gemeenten hebben de mogelijkheid om af te wijken van de vereiste dat regiotaxi als een algemene voorziening wordt geboden als de Wlz-cliënt is aangewezen op collectief vervoer. Bij Wlz-zorg in een instelling zonder behandeling komt een rolstoel voor individueel gebruik ook ten laste van de Wmo. Hoewel roerende voorzieningen, zoals tilliften en douchestoelen officieel niet onder de Wmo vallen, weten we uit de praktijk dat een aantal gemeenten deze voorzieningen ook nog steeds verstrekt in een instelling.[8]

Bij Wlz-zorg middels een mpt, vpt of pgb, zijn de woningaanpassingen, woonvoorzieningen en hulpmiddelen ook ten laste van de Wmo. Bij Wlz middels een mpt is huishoudelijke hulp uit de Wmo voor 1 april 2017 rechtmatig (zie uitzondering c in bovenstaand kader), maar na 1 april 2017 onrechtmatig (zie onderstaand kader).[9] Per 1 januari 2020, buiten de scope van de onderzoeksperiode, is de hulpmiddelenzorg in de Wlz vereenvoudigd.

Besluit vaststelling tijdstip recht verzekerde met modulair pakket op schoonhouden woonruimte thuis ex Wet langdurige zorg

1. De verzekerde die zijn recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg tot gelding brengt met een modulair pakket thuis heeft tot 1 januari 2017 geen recht op het schoonhouden van de woonruimte, bedoeld in artikel 3.1.1, eerste lid, onderdeel a, onder 2°, van de Wet langdurige zorg.

2. Artikel 2.3.5, zesde lid, van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 geldt tot 1 januari 2017 niet voor de daar bedoelde cliënten die hun recht op zorg tot gelding brengen met een modulair pakket thuis en een maatwerkvoorziening inhoudende het schoonhouden van hun woonruimte hebben aangevraagd.

2.2.2. Wmo en Zvw (wijkverpleging)

In de wetgeving wordt niet specifiek verwezen naar mogelijke samenloop tussen zorg uit de Wmo en wijkverpleging, in tegenstelling tot bij samenloop tussen de Wmo en Wlz. Als er bij een cliënt sprake is van samenloop van zorg uit de Wmo en Zvw (wijkverpleging) hoeft dit niet per definitie onrechtmatig te zijn.. Er zijn echter situaties waarin samenloop van Wmo-zorg en wijkverpleging mogelijk onrechtmatig is. Wijkverpleging (Zvw) bestaat uit verpleging en verzorging, terwijl verzorging ook uit de Wmo kan worden geleverd. De vuistregel is dat iemand verzorging uit de Wmo krijgt als deze verzorging geen samenhang heeft met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, maar samenhangt met ondersteuning voor zelfredzaamheid. Verzorging met een geneeskundige context wordt uit de wijkverpleging (Zvw) bekostigd.[10] Als een cliënt zowel verzorging uit de Wmo krijgt als uit de wijkverpleging is er waarschijnlijk sprake van onrechtmatige samenloop.

2.2.3. Wmo en Jeugdwet

[8] https://vng.nl/artikelen/inwoners-met-wlz-indicatie

[9] https://www.sociaalweb.nl/cms/files/2017-02/20161231-overizcht-maatwerkvoorzieningen-onder-de-wmo-of-wlz-in-2017.pdf, https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2018/20180301-overzicht-wmo-of-wlz-in-2018.pdf, https://vng.nl/files/vng/nieuws_attachments/2018/def_overzicht_maatwerkvoorzieningen_onder_de_wmo_of_wlz_in_2019_.pdf

[10] Informatiekaart, Afbakening wet maatschappelijke ondersteuning 2015 en wijkverpleging zorgverzekeringsweg, beschikbaar via https://vng.nl/sites/default/files/20141219_informatiekaart_afbakening_wmo_2015_en_wijkverpleging.pdf

Kinderen en jongeren onder de 18 jaar die hulp, zorg of ondersteuning nodig hebben kunnen een Jeugdwet-voorziening aanvragen. In principe kan iemand die 18 jaar of ouder is, nadat jeugdhulp ophoudt, dezelfde zorg aanvragen vanuit bijvoorbeeld de Wmo. Als de behandeling nog loopt of als de zorg niet geboden wordt uit andere zorgwetten maar er nog wel noodzaak voor de behandeling is, kan er verlengde jeugdhulp worden geboden.[11]

De meeste hulp en zorg voor kinderen wordt geleverd uit de Jeugdwet. Zo kunnen geestelijke gezondheidszorg, hulp en ondersteuning bij opvoedingsproblemen, zorg bij een verstandelijke beperking en vervoer bij begeleiding/persoonlijke verzorging niet uit de Wmo gefinancierd worden. Als het gaat om praktische steun voor jongeren wordt dit wel geregeld vanuit de Wmo. Hieronder vallen hulpmiddelen en woningaanpassingen, waardoor een kind zelfstandig thuis kan blijven wonen zoals een rolstoel of traplift, of huishoudelijke hulp.

2.2.4 Jeugdwet en Wlz

Jeugdigen kunnen aanspraak maken op zorg uit de Wlz. Leidend is hierbij in hoeverre er sprake is van een “blijvende” behoefte aan 24-uurs zorg. Dit kan, met name vanwege de leeftijd, moeilijk te bepalen zijn. Daarnaast is het afhankelijk van de specifieke problematiek of jeugdigen in aanmerking komen voor Wlz-zorg. Is de zorg nodig vanwege een verstandelijke of lichamelijke beperking dan zal een Wlz-indicatie kunnen worden afgegeven, terwijl dat bij psychische problematiek niet het geval is.[12] Psychische zorg valt in principe voor minderjarigen onder de Jeugdwet, ook als kinderen een Wlz-indicatie hebben. Enige uitzondering hierop is als de psychische zorg samenhangt met een niet-psychische aandoening, bijvoorbeeld als kinderen met een verstandelijke handicap psychische zorg nodig hebben. Ook pleegzorg wordt niet uit de Wlz geboden en wordt gefinancierd uit de Wmo.

Onrechtmatige samenloop tussen zorg uit de Jeugdwet en Wlz-zorg vindt mogelijk plaats als er jeugdhulp wordt geboden vanwege een zintuiglijke, verstandelijke of lichamelijke beperking terwijl de jeugdige ook een Wlz-indicatie voor dezelfde aandoening heeft.

2.2.5 Jeugdwet en wijkverpleging

Sinds 1 januari 2018 geldt er een nieuwe verdeling van verzorging uit de Jeugdwet en Zvw. Bij verzorging van jeugdigen die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop, valt deze zorg onder de Zvw. Houden de verzorgende handelingen verband met het opheffen van een tekort aan zelfredzaamheid bij algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), valt de zorg onder de Jeugdwet. In 2017 werden beide vormen van verzorging nog geboden uit de Jeugdwet.[13] Als er door de gemeente een beschikking is afgegeven vóór 1 januari 2018 voor zorg die verband houdt met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico hierop dan mag van die beschikking gebruik worden gemaakt totdat deze afloopt. Ook na 1 januari 2018 is het mogelijk dat er samenloop is van hulp aan jeugdigen vanuit de Jeugdwet (begeleiding en/of verzorging) en vanuit de wijkverpleging (verpleging en/of verzorging). Dit hoeft niet onrechtmatig te zijn, maar dit kan wel.

Bovenstaande wetgeving en praktijkvoorbeelden illustreren dat de regelgeving over welke samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen onrechtmatig is, complex is. Ook is er binnen de kaders van de wet, ruimte voor interpretatie van gemeenten en zorgverzekeraars voor individueel maatwerk afhankelijk van de cliënt.

2.3 Aanvraag Wmo- of Jeugdzorg bij de gemeente [redacted]k

In de vorige paragraaf is besproken wat in de wetgeving staat en in de praktijk gebeurd met betrekking tot samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen. In deze paragraaf gaan we in op hoe in de praktijk zorg wordt aangevraagd vanuit de verschillende wetten bij de gemeente [redacted] en hoe, bijvoorbeeld tijdens een zorgaanvraag, wordt omgegaan met zorg uit verschillende financieringsstromen.

Om Wmo-zorg aan te vragen, moet de potentiële cliënt eerst een melding doen bij de gemeente. Vervolgens wordt er door de gemeente een onderzoek ingesteld om te bepalen wat voor zorg de cliënt nodig heeft. De gemeente heeft hier zes weken de tijd voor. Tijdens het onderzoek vindt er vaak een gesprek plaats, bijvoorbeeld bij de cliënt thuis, om te

[11] https://www.stimulansz.nl/verlengde-jeugdhulp/

[12] https://www.schulinck.nl/opinie/opinie-sociaal-domein-jeugd-jeugdigen-met-een-psychische-beperking-en-de-wlz

[13] https://www.bvikz.nl/downloads/ewExternalFiles/Nieuwe+afbakening+verzorging+kinderen.pdf

analyseren waar de problemen zich bij de cliënt voordoen en wat voor een zorg er nodig zou zijn voor de cliënt. De gemeente kijkt bijvoorbeeld naar hoe zelfstandig iemand nog is en wat naasten kunnen betekenen qua zorg. Op basis van het vooronderzoek stelt de gemeente een plan van aanpak op waarin, als er een rechtmatige zorgvraag ligt, een voorstel wordt gedaan voor de zorg. In het voorstel kunnen algemene voorzieningen, maatwerkvoorzieningen of een combinatie hiervan zijn opgenomen.

Enkele voorbeelden van algemene voorzieningen bij de gemeente [redacted] zijn:

- Uitleenpunten van rolstoelen en/of scootmobiels
- Onafhankelijke cliëntondersteuning zoals buurtbemiddeling of thuisadministratie
- Algemene voorzieningen gericht op ondersteuning van specifieke groepen, onder andere een mantelzorgcoach en een dementieconsulent[14]

Een maatwerkvoorziening wordt individueel afgegeven en is een afgestemd geheel van diensten, hulpmiddelen, woningaanpassingen en andere maatregelen voor de cliënt. Voorbeelden van maatwerkvoorzieningen bij de gemeente [redacted] zijn:

- Rolstoelvoorzieningen (bijvoorbeeld een handmatig of elektrisch voortbewogen rolstoel)
- Woonvoorzieningen (losse woonvoorzieningen zoals een tillift of bouwkundige woningaanpassingen)
- Begeleiding, gericht op het bevorderen of behoud van de zelfredzaamheid en ter voorkoming van opname of verwaarlozing van de cliënt (wezenlijk anders dan welzijnsactiviteiten)
- Huishoudelijke hulp

Als de cliënt het eens is met het plan van aanpak van de gemeente en akkoord gaat met het voorstel van zorg, kan hij/zij het plan van aanpak ondertekenen en naar de gemeente sturen. Vanaf dit moment is er een wettelijk aanvraag van Wmo-zorg. Dan is er wettelijk gezien nog twee weken om de uiteindelijke beschikking te versturen.

Op verschillende momenten gedurende het melding- of aanvraagproces kan de gemeente een uitvraag doen over een Wlz-indicatie. Bijvoorbeeld aan de voorkant bij het zorgloket, als dan blijkt dat de cliënt een Wlz-indicatie heeft, zal er voor bepaalde hulpvragen geen onderzoek volgen. Of tijdens het onderzoek wordt er uitgevraagd of er een Wlz-indicatie is, bijvoorbeeld in het gesprek tussen de cliënt en de gemeente. Er zijn geen specifieke afspraken bij de gemeente [redacted] gemaakt over wanneer er een uitvraag wordt gedaan naar een mogelijke Wlz-indicatie, bijvoorbeeld bij het Inlichtingenbureau. Sommige gemeentes hanteren hier bijvoorbeeld een leeftijdsgrens voor. Een maatwerkvoorziening kan worden afgegeven voor een maximale duur van vijf jaar. Dit hangt echter af van de zorgvraag en problematiek van de cliënt, de voorziening kan ook voor een kortere duur worden afgegeven. Dit staat per voorziening in het beleid van de gemeente vastgelegd.

Voor een aanvraag van jeugdzorg bij de gemeente is de werkwijze vergelijkbaar. Het verschil is de wettelijke reactietermijn van de gemeente bij een aanvraag van jeugdzorg. Als een plan van aanpak ondertekend wordt teruggestuurd aan de gemeente, heeft de gemeente nog acht weken om een definitieve beslissing te nemen.

Er zijn geen cijfers beschikbaar over het aantal her-indicaties dat de gemeente [redacted] uitvoert. Als een cliënt een verlenging wil van een voorziening, doet de cliënt een nieuwe melding bij de gemeente. De gemeente voert opnieuw onderzoek uit, dit proces is het hetzelfde als bij een volledig nieuwe melding zoals aan het begin van deze paragraaf beschreven.

Sinds 2020 ontvangt de gemeente [redacted] automatisch een Wlz-signaal via het Inlichtingenbureau als een inwoner een Wlz-indicatie krijgt of al een Wlz-indicatie heeft ten tijde van de Wmo-aanvraag. In de onderzoeksperiode (2017 t/m 2019) kon deze informatie alleen via de cliënt of zorgverlener worden opgevraagd. Momenteel ontvangt de gemeente echter alleen informatie óf een cliënt een Wlz-indicatie heeft en niet wat deze indicatie is en middels welk pakket de zorg verzilverd wordt. Het Wlz-signaal an sich is onvoldoende om te bepalen welke zorg wel of niet vanuit de Wmo geleverd kan worden. Hier is nog steeds aanvullend onderzoek over de inhoud van de Wlz-indicatie voor nodig.

De werkwijze tussen gemeenten met betrekking tot samenloop kan verschillen. In dit rapport behandelen we de specifieke samenloop van zorg bij de gemeente [redacted] De conclusies die getrokken worden over de samenloop van zorg uit verschillende

[14] Procesdocument [redacted]

financieringsstromen is daardoor niet te generaliseren naar andere gemeenten, maar kan wel ter inspiratie dienen.

3. Omvang samenloop zorg

In dit hoofdstuk geven we de omvang van de samenloop weer in aantal personen. Allereerst schetsen we een beeld van het aantal cliënten waarvoor de gemeente [redacted] zorg heeft gefinancierd. Vervolgens gaan we in op het aantal cliënten waarvoor de zorg uit meerdere financieringsstromen in dezelfde periode heeft plaatsgevonden en welke financieringsstromen dit zijn.

3.1 Aantal personen met zorg

Voor de totale populatie in de periode 2017 t/m 2019, inwoners en jeugdigen die elders worden, in totaal [redacted] personen, heeft de gemeente [redacted] voor **6.587 personen** zorg gefinancierd. Voor de meeste personen betrof dit zorg uit de Wmo, namelijk **4.299 personen**. Voor **2.392 personen** betrof dit zorg uit de Jeugdwet.[16] Hiervan ontvingen 104 personen zowel zorg uit de Jeugdwet als uit de Wmo.

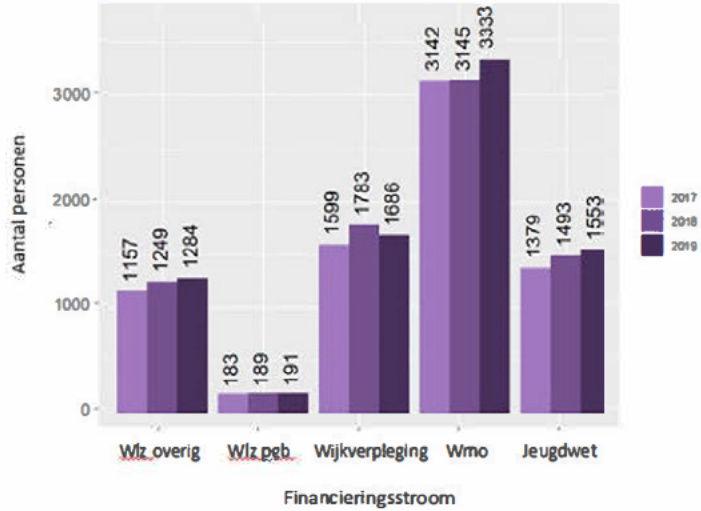
Zoals eerder benoemd financiert de gemeente [redacted] ook zorg voor jeugdigen die buiten de gemeente [redacted] wonen, waarvan de ouders in de gemeente [redacted] woonachtig zijn. Van de 6.587 personen waarvoor de gemeente [redacted] zorg heeft gefinancierd, wonen 790 personen in een andere gemeente dan [redacted].

Naast de door [redacted] gefinancierde zorg, is er ook gekeken naar zorg uit de Wlz en wijkverpleging vanuit de Zvw. 3238 personen ontvingen wijkverpleging in Waalwijk in de periode 2017 t/m 2019. 255 personen ontvingen zorg gefinancierd middels een pgb uit de Wlz en 1743 personen ontvingen Wlz middels overige leveringsvormen (zzp/mpt/vpt).

Tabel 2 Aantal personen met zorg per financieringsstroom per jaar[17]

Financieringsstroom	Totaal cliënten 2017-2019	In 2017	In 2018	In 2019
Wlz overig (zzp/mpt/vpt)	1.743	1.157	1.249	1.284
Wlz pgb	255	183	189	191
Wijkverpleging	3.238	1.599	1.783	1.686
Wmo	4.299	3.142	3.145	3.333
Jeugdwet	2.392	1.379	1.493	1.553

Figuur 1 Aantal personen met zorg per financieringsstroom per jaar[18]



In figuur 1 en tabel 2 is te zien dat in de periode 2017 t/m 2019 het aantal personen met

[15] Onder de gemeente [redacted] vallen de dorpskernen [redacted].

[16] NB. de aantallen voor de Wmo en Jeugdwet tellen niet op tot 6.587. Dit komt omdat er ook personen zijn met zorg uit beide financieringsstromen. Bij elke uitsplitsing van resultaten (naar jaar/financieringsstroom/zorgsoort) dient er rekening te worden gehouden met een dergelijke overlap.

[17] NB. In zowel de figuur als tabel geldt dat het om declaraties uit de betreffende financieringsstromen gaat. De uitzondering hierop zijn de Wlz-pgb's waarbij het om toegekende budgetten gaat.

[18] Om over de jaren 2017 t/m 2019 afzonderlijk te kunnen rapporteren hoeveel personen er een voorziening uit de Wmo/Jeugdwet hebben ontvangen is per declaratie een begin- en eindjaar als variabele toegevoegd op basis van de begin- en einddatum van de declaratie of het toegekende budget. Als een begin of een einddatum ontbreekt, hebben we aangenomen dat het beginjaar hetzelfde jaar was als het eindjaar en vice versa.

zorg uit de Wmo, Jeugdwet en Wlz per jaar is gestegen. Het aantal personen met declaraties voor wijkverpleging uit de Zvw is in 2019 iets gedaald ten opzichte van 2018.

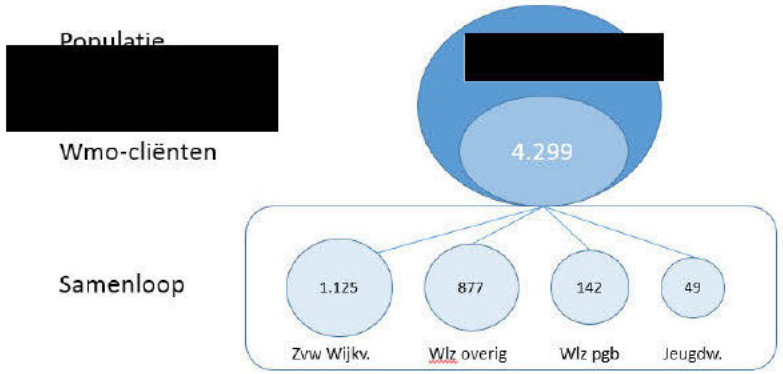
3.2 Aantal personen met samenloop van zorg uit meerdere financieringsstromen

In deze paragraaf beschrijven we het aantal personen waarvoor zorg uit meerdere financieringsstromen over dezelfde periode binnen de jaren 2017 t/m 2019 is gedeclareerd. Zoals in hoofdstuk 1 benoemd, definiëren we dit als samenloop. De samenloop is op week-niveau geanalyseerd, met inachtneming van de correctie van 4 weken administratieve samenloop (zie paragraaf 1.5).

Van de 6.587 personen waarvoor de gemeente [redacted] heeft gefinancierd is bij **1850 personen** (ca. 28%) samenloop van zorg uit meerdere financieringsstromen.

Bij **954 personen** is er sprake van samenloop tussen Wmo- en Wlz-zorg. Bij **142 personen** Wlz betreft dit een pgb en bij **877 personen** betreft dit overige leveringsvormen uit de Wlz. Bij **1.125 personen** is er sprake van samenloop tussen Wmo en wijkverpleging. **49 personen** hebben samenloop tussen Wmo-zorg en zorg uit de Jeugdwet.

***Figuur 2** Overzicht van samenloop binnen Wmo-cliënten*



***Tabel 3** Aantal Wmo-cliënten met samenloop.*

Combinatie	Aantal personen met samenloop	Aantal weken samenloop	% Wmo-cliënten met samenloop
Wmo en Wlz overig (zzp/mpt/vpt)	877	60.128	20,2
Wmo en Wlz (pgb)	142	11.846	3,2
Wmo en wijkverpleging	1.125	56.204	26,2
Wmo en Jeugdwet	49	2.281	1.1

Samenloop tussen Jeugdwet voorzieningen en andere financieringsstromen is er nauwelijks binnen de gemeente [redacted]. Bij **12 personen** is er sprake van samenloop tussen Jeugdwet en Wlz. Bij **8 personen** betreft dit Wlz middels een pgb en bij **6 personen** Wlz middels overige leveringsvormen. Bij **8 personen** is sprake van samenloop tussen Jeugdwet en wijkverpleging.

***Tabel 4** Aantal Jeugdwet-cliënten met samenloop.*

Combinatie	Aantal personen met samenloop	Aantal weken samenloop	% Jeugdwet-cliënten met samenloop
Jeugdwet en Wlz overig (zzp/mpt/vpt)	6	152	0,2
Jeugdwet en Wlz (pgb)	8	266	0,3
Jeugdwet en wijkverpleging	8	247	0,3

3.3 Aantal personen met samenloop per groep Wmo-voorzieningen

Zoals in hoofdstuk 1 is benoemd hebben niet alle Wmo-declaraties een einddatum. Het gaat om drie specifieke Wmo-categorieën die veelal (25-40% van de 3.568 voorzieningen) geen einddatum hebben: vervoersvoorzieningen, woonvoorzieningen en rolstoelen. Deze voorzieningen, zoals een traplift, worden veelal eenmalig gedeclareerd waarbij een einddatum ontbreekt. Hierdoor is er geen mogelijkheid om de samenloop van zorg bij deze Wmo-voorzieningen in aantal weken te duiden. Om deze reden worden de Wmo-voorzieningen in de volgende hoofdstukken opgesplitst in twee groepen: Wmo-voorzieningen mét einddatum, de groep 1 Wmo-voorzieningen; en de Wmo-voorzieningen

zonder einddatum, de groep 2 Wmo-voorzieningen. In onderstaande tabel 5 staat weergegeven welke Wmo-voorzieningen in welke groep vallen.

Tabel 5 *Verschillende groepen Wmo-voorzieningen*

Groep 1 Wmo-voorzieningen (met einddatum)	**Groep 2 Wmo-voorzieningen (zonder einddatum)**
Begeleiding	Vervoersvoorzieningen
Dagbesteding	Woonvoorzieningen
Hulp bij het huishouden	Rolstoelen
Vervoersdiensten	
Woondiensten	
Persoonlijke verzorging	
Overige maatwerkarrangementen	

3.3.1. Aantal personen met groep 1 Wmo-voorzieningen

Van de Wmo-populatie van 4.299 personen hebben 2.610 personen een groep 1 Wmo-voorziening. Van deze 2.610 personen is bij:

- 700 personen samenloop met wijkverpleging ten laste van de Zvw;
- 39 personen samenloop van zorg middels een pgb uit de Wlz;
- 212 personen samenloop met Wlz middels overige leveringsvormen;
- 22 personen samenloop met zorg uit de Jeugdwet.

3.3.2. Aantal personen met groep 2 Wmo-voorzieningen

Van de Wmo-populatie van 4.299 personen hebben 2.800 personen een groep 2 Wmo-voorziening. Van deze 2.800 personen is bij:

- 921 personen samenloop met wijkverpleging ten laste van de Zvw;
- 136 personen samenloop van zorg middels een pgb uit de Wlz;
- 802 personen samenloop met Wlz middels overige leveringsvormen;
- 31 personen samenloop met zorg uit de Jeugdwet.

4. Aard van de samenloop

In het vorige hoofdstuk hebben we gezien hoe vaak samenloop met andere financieringsstromen plaatsvindt bij door de gemeente [redacted] gefinancierde zorg en in welke gevallen dit groep 1 of groep 2 Wmo-voorzieningen betreft. In dit hoofdstuk gaan we deze samenloop duiden. Welke combinaties van zorg komen vooral voor? Voor de Jeugdwet kunnen we geen algemene samenloop op categorieniveau weergeven, omdat de aantallen personen waarbij samenloop is gevonden te laag is.

4.1 Samenloop op categorieniveau met groep 1 Wmo-voorzieningen

In onderstaande tabel is te zien welke samenloop van groep 1 Wmo-categorieën voorkomen met andere financieringsstromen. De meest voorkomende Wmo-categorieën waarbij samenloop voorkomt zijn hulp bij het huishouden, dagbesteding en begeleiding.

Tabel 6 *Top 10 combinaties alle financieringsstromen groep 1 Wmo-voorzieningen op categorie-niveau.*

	Financierings-stroom 1	Wmo-categorie	Financierings-stroom 2	Aantal personen
1	Wmo	Hulp bij het huishouden	Wijkverpleging (Zvw)	566
2	Wmo	Dagbesteding	Wijkverpleging (Zvw)	123
3	Wmo	Begeleiding	Wijkverpleging (Zvw)	120
4	Wmo	Vervoersdienst	Wijkverpleging (Zvw)	112
5	Wmo	Hulp bij het huishouden	Wlz – overig	106
6	Wmo	Begeleiding	Wlz – overig	76
7	Wmo	Woondienst	Wijkverpleging (Zvw)	43
8	Wmo	Dagbesteding	Wlz –overig	42
9	Wmo	Vervoersdienst	Wlz –overig	39
10	Wmo	Overig maatwerkarrangement	Wijkverpleging (Zvw)	22

De meest voorkomende combinatie is hulp bij het huishouden (Wmo) en wijkverpleging (Zvw). Deze combinatie komt voor bij 566 personen. Het valt op dat combinaties van Wmo en Jeugdwet niet in de top 10 staan en dus niet vaak voorkomen in de data van de gemeente [redacted]

4.2 Samenloop op categorieniveau met groep 2 Wmo-voorzieningen

In onderstaande tabel is te zien welke samenloop van groep 2 Wmo-voorzieningen met name voorkomen met andere financieringsstromen.

Tabel 7 *Top 10 combinaties alle financieringsstromen voor groep 2 Wmo-voorzieningen op categorie-niveau).*

	Financiering s-stroom 1	Wmo-categorie	Financierings-stroom 2	Aantal personen
1	Wmo	Vervoersvoorziening	Wijkverpleging (Zvw) - ZiN	845
2	Wmo	Vervoersvoorziening	Wlz – overig	722
3	Wmo	Rolstoel	Wlz – overig	255
4	Wmo	Rolstoel	Wijkverpleging (Zvw) - ZiN	222
5	Wmo	Woonvoorziening	Wijkverpleging (Zvw) - ZiN	185
6	Wmo	Woonvoorziening	Wlz – overig	137
7	Wmo	Vervoersvoorziening	Wlz – pgb	111
8	Wmo	Rolstoel	Wlz – pgb	76
9	Wmo	Woonvoorziening	Wlz – pgb	56
10	Wmo	Vervoersvoorziening	Jeugdwet – pgb/ZiN	24

Te zien is dat bij relatief veel personen sprake is van samenloop van een vervoersvoorziening uit de Wmo en wijkverpleging of zorg uit de Wlz middels overige leveringsvormen (zzp/mpt/vpt). Ook voor de groep 2 Wmo-voorzieningen geldt dat deze het minst vaak voorkomt in samenloop met de Jeugdwet.

4.3 Aard samenloop Wmo en Wlz-overig (zzp/mpt/vpt)

4.3.1 Groep 1 Wmo-voorzieningen

Zoals in hoofdstuk 3 benoemd is bij 212 personen sprake van samenloop van Wmo-voorzieningen met einddatum (begeleiding, dagbesteding, hulp bij het huishouden, vervoersdiensten, woondiensten, persoonlijke verzorging, overige categorieën) en Wlz overig. Om te bepalen of samenloop mogelijk onrechtmatig is, is het belangrijk om te weten in welke vorm de Wlz-zorg geleverd is. In onderstaande tabel is te zien hoe vaak samenloop per Wmo-categorie en Wlz-leveringsvorm voorkomt.

***Tabel 8** Aantal personen met samenloop binnen de groep 1 Wmo-voorzieningen, uitgesplitst naar Wlz-leveringsvorm*

Wmo-categorie	Wlz-leveringsvorm			
	Mpt	Vpt	Zzp	N/B[19]
Hulp bij het huishouden	74	6	42	14
Begeleiding	46	2	42	18
Dagbesteding	26		21	6
Vervoersdiensten	29		18	5
Woondiensten	10	4	8	6
Overige maatwerkarrangementen	2		3	1
Persoonlijke verzorging			2	

Per Wmo-categorie en Wlz-leveringsvorm komen verschillende Wmo-voorzieningen en Wlz-zorg voor. Wanneer we kijken naar de samenloop op specifieke declaraties-codes zien we per Wmo-categorie de volgende declaraties in onderstaande tabel. De exacte codes per samenloopcombinatie, het aantal personen en de gemiddelde aantal weken samenloop hebben we nader gespecificeerd in bijlage B.

***Tabel 9** Declaraties van samenloop van Wmo en Wlz overig op categorie-niveau (bij minstens 5 personen)*

	Groep 1 Wmo-voorziening*	Wlz overig (zzp/mpt/vpt)
Combinatie 1	**Hulp bij het huishouden**	**Mpt/zzp**
Sub-combinaties	Huishoudelijke werkzaamheden Huishoudelijke werkzaamheden met zorg Hulp bij het huishouden	Mpt: - Persoonlijke verzorging - Schoonmaak - Verpleging - P/dt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis - Begeleiding - Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V Zzp: - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH - Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB Onbekend: - Behandeling gedragswetenschapper
Combinatie 2	**Begeleiding**	**Mpt/zzp**
Sub-combinaties	Dementie-consulent Begeleiding	Mpt: - Persoonlijke verzorging - Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V - P/dt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis - Schoonmaak - Verpleging - Begeleiding - Dagbehandeling ouderen som en pg Zzp: - Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB

[19] Als de leveringsvorm N/B is, betreft dit cliënten die vallen onder de subsidieregeling extramurale behandeling. Deze cliënten hebben geen Wlz-indicatie of een Wlz-indicatie met een laag zorgprofiel. Daarnaast hebben ze vaak zorg vanuit de Wmo of Zvw. Vaak betrof dit ouderen, die thuis wonen en een dagbehandeling in een verzorgings- of verpleeghuis ontvingen. Dat kan samenlopen met Wmo-zorg.

		- Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH - Per dag ZZP Mutatiedag V&V toel. voor beh. Onbekend: - Behandeling gedragswetenschapper
Combinatie 3	**Dagbesteding**	**Mpt/zzp**
	Dagactiviteit begeleiding basis	Mpt: - Persoonlijke verzorging - Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V - P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis - Verpleging - Schoonmaak Zzp: - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH - Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB - Per dag ZZP Mutatiedag V&V toel. voor beh.
Combinatie 4	**Vervoersdiensten**	**Mpt/zzp**
	Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V Vervoer dagbesteding	Mpt: - Persoonlijke verzorging - Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V - P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis - Verpleging - Schoonmaak Zzp: - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH

		- Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB - Per dag ZZP Mutatiedag V&V toel. voor beh.
Combinatie 5	**Woondiensten**	**Mpt**
	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening	Mpt: - Persoonlijke verzorging
Combinatie 6	**Overige maatwerkarrangementen**	**Mpt/zzp**
	Geen combinaties bij minstens 5 personen	
Combinatie 7	**Persoonlijke verzorging**	**Mpt/zzp**
	Geen combinaties bij minstens 5 personen	

*** Sommige Wmo codes zijn producten die vanaf 2018 zijn vervallen, de conversietabel van 2018 naar 2019 is opgenomen in bijlage E.**

De meest voorkomende samenloop op declaratieniveau is **dementieconsulent (Wmo, ZiN) en persoonlijke verzorging (Wlz, mpt)**. Deze samenloop komt voor bij 33 personen met totaal 909 weken samenloop van zorg, gemiddeld 27,5 weken samenloop per persoon. In onderstaande tabel staan voor alle groep 1 Wmo-categorieën de combinaties die bij de meeste personen voorkomen, als er combinaties zijn die bij vijf of meer personen voorkomen. Binnen de Wmo-categorieën persoonlijke verzorging en overige maatwerkarrangementen zijn geen combinaties die bij meer dan vijf personen voorkomen.

***Tabel 10** Meest voorkomende combinatie van Wmo en Wlz codes binnen elke groep 1 Wmo categorie*

Wmo categorie	Wmo code	Wlz code	**Wlz leverings-vorm**	*Aantal personen*	*Totaal aantal weken*	*Gemiddeld aantal weken per persoon*
Begeleiding	Dementieconsulent	Persoonlijke verzorging	Mpt	33	909	27,5

Dagbesteding	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	Persoonlijke verzorging	Mpt	17	256	15,1
Hulp bij het huishouden	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	Persoonlijke verzorging	Mpt	26	320	12,3
Hulp bij het huishouden	Huishoudelijke werkzaamheden	Persoonlijke verzorging	Mpt	26	224	8,6
Vervoers-diensten	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	Persoonlijke verzorging	Mpt	19	215	11,3
Woon-diensten	Onderhoud/Keuring /Reparatie woonvoorziening	Persoonlijke verzorging	Mpt	6	220	36,7

Duiding samenloop groep 1 Wmo voorzieningen en Wlz overig

Op basis van de wetgeving die in paragraaf 2.2 is toegelicht, zou bij Wlz-zorg middels een mpt of zzp geen begeleiding, dagbesteding, hulp bij het huishouden (voor een Wlz-mpt vanaf 1 april 2017 geen Wmo huishoudelijke hulp) of een vervoersdienst uit de Wmo mogelijk zijn. Dit werd ook bevestigd in de gesprekken met de verschillende experts, zoals van een gemeente en een zorgkantoor. In de gesprekken met de gemeente [redacted]k bleek dat er enkele uitzonderingen zijn.

In de categorie begeleiding, is de dementieconsulent bij de gemeente [redacted] een algemene voorziening (zie ook paragraaf 2.3). Van algemene voorzieningen kan gebruik worden gemaakt als iemand tevens een Wlz-indicatie heeft, daarom kan deze vorm van begeleiding naast Wlz-zorg voorkomen. Deze samenloop is rechtmatig.

De maatwerkvoorziening “H531 dagactiviteit begeleiding basis” binnen de Wmo-categorie dagbesteding wordt geboden aan ouderen met matige en zware beperkingen met een specifieke verzorgingsbehoefte en/of begeleidingsbehoefte. Als er tegelijkertijd een Wlz-indicatie is, is de verwachting dat deze zorg uit de Wlz zou moeten worden geleverd en de Wmo-zorg mogelijk onrechtmatig is.

Bij de combinaties met hulp in het huishouden (Wmo) met Wlz-zorg middels een mpt zijn in de periode 2017-2019 veranderingen in de wetgeving geweest (zie paragraaf 2.2). Sinds 1 april 2017 is hulp bij het huishouden uit de Wmo in combinatie met een Wlz-mpt onrechtmatig. In het gesprek met de experts van de NZa werd duidelijk dat deze wijziging officieel nog niet in de Wlz is verankerd, maar wel in de uitvoeringsregels van de NZa is opgenomen. In de gesprekken met de gemeente [redacted]k werd niet duidelijk per wanneer er geen huishoudelijke hulp meer naast een Wlz-mpt kan worden geleverd binnen de gemeente. Er werd verder aangegeven dat er altijd uitzonderingen denkbaar zijn, bijvoorbeeld als er een wachtlijst is voor de zorgaanbieder die schoonmaak levert uit de Wlz en er geen wachtlijst is voor Wmo huishoudelijke hulp. We achten de huishoudelijke hulp in combinatie met Wlz-zorg in een instelling als (mogelijk) onrechtmatig en in combinatie bij een Wlz-mpt als twijfelachtig.

De maatwerkvoorziening “H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V” is lastiger te duiden. Op het eerste gezicht zijn de experts erover eens dat als deze zorg uit de Wmo wordt geleverd en er tegelijkertijd ook Wlz-zorg is, dat de Wmo-zorg onrechtmatig is. Het zou hier echter om cliënten die onder de subsidieregeling extramurale behandeling vielen kunnen gaan. Dit zijn cliënten die enkel een Wlz-indicatie hadden voor dagbehandeling bij een instelling. De grootste groep bij deze subsidieregeling betrof ouderen die thuiswonend waren en een dagbehandeling in een verpleeg- of verzorgingstehuis ontvingen. Vaak liep dit samen met Wmo-zorg wat rechtmatig is. Echter als deze Wmo-voorziening voorkomt met een Wlz-code voor dagactiviteit of schoonmaak geeft dit aan dat de cliënt geen Wlz-indicatie heeft voor enkel behandeling en kunnen deze codes als (mogelijk) onrechtmatig worden aangemerkt. We achten de andere combinaties van vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V met Wlz-zorg twijfelachtig.

Samengevat zijn de Wmo-declaraties van dagbesteding, hulp bij het huishouden en vervoersdiensten uit bijlage B die samenloop hebben met Wlz-zorg overige leveringsvormen niet te verwachten op basis van de wet- en regelgeving en dus mogelijk onrechtmatig. Hierbij moeten enkele kanttekeningen worden geplaatst. Het kan zijn dat nieuwe regelgeving, zoals geen vergoeding van huishoudelijke hulp uit de Wmo met een Wlz-mpt, later van kracht is gegaan. Ook kan het zo zijn dat cliënten in deze periode een beperkte Wlz-indicatie hebben gehad, waardoor er samenloop met andere Wmo-zorg rechtmatig kan zijn.

In totaal zijn er 23 combinaties van samenloop bij Wmo en Wlz overig (zie bijlage B) die mogelijk onrechtmatige samenloop betreffen. In totaal betreft dit 58 personen met 2469

weken mogelijk onrechtmatige samenloop Wmo en Wlz overige leveringsvormen.[20] Dit betekent dat van de 877 personen die samenloop Wmo en Wlz hebben (zie paragraaf 3.2) bij 6,6% een deel van de samenloop mogelijk onrechtmatig is. Op de gehele Wmo-populatie van 4.299 is dit 1,3% waarbij mogelijk onrechtmatige samenloop is.

4.3.2 Groep 2 Wmo-voorzieningen

Zoals in hoofdstuk 4 benoemd is bij 802 personen sprake van samenloop van groep 2 Wmo-voorzieningen zonder einddatum en Wlz overig (zzp/mpt/vpt). Hierbij komt de meeste samenloop voor binnen de Wmo-categorie *vervoersvoorzieningen*, namelijk bij 722 personen. Voor de groep 2 Wmo-voorzieningen is er geen mogelijkheid om de samenloop van zorg in aantal weken te duiden vanwege het ontbreken van een einddatum.

In onderstaande tabel is te zien hoe vaak samenloop per groep 2 Wmo-categorie en Wlz-leveringsvorm voorkomt. Om te bepalen of samenloop mogelijk onrechtmatig is, is het belangrijk om te weten in welke vorm de Wlz-zorg geleverd is. Zoals in paragraaf 2.2 is besproken zijn de groep 2 Wmo-categorieën alleen mogelijk onrechtmatig bij Wlz-zorg in een instelling (met of zonder behandeling). In deze tabel maken we daarom onderscheid tussen algemene samenloop van groep 2 Wmo-voorzieningen en Wlz-zorg met een extra uitsplitsing naar Wlz-zorg in een instelling zonder en met behandeling.

***Tabel 11** Aantal personen met samenloop binnen de Wmo-categorieën, uitgesplitst naar Wlz-leveringsvorm*

Wmo-categorie	Totaal aantal personen samenloop	Waarvan zzp	Waarvan zzp met behandeling
Rolstoelen	255	102	28
Vervoersvoorzieningen	722	80	55
Woonvoorzieningen	137	12	8

Per Wmo-categorie en Wlz-leveringsvorm (Zzp met/zonder behandeling) komen verschillende voorzieningen en Wlz-zorg voor. Wanneer we kijken naar de samenloop op specifieke codeniveau zien we per Wmo-categorie de volgende samenloop in onderstaande tabel.

***Tabel 12** Combinaties van Wmo en Wlz overig op categorie-niveau (bij minstens 5 personen)*

	Wmo-voorziening	Wlz overig (zzp/mpt/vpt)
Combinatie 1	**Rolstoelen**	**Zzp zonder en met behandeling**
Sub-combinaties	Handbewogen rolstoel Kantel rolstoel Transportrolstoel	Zzp zonder behandeling: - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 4VV excl. BH - Per dag ZZP 4VV excl.BH incl.DB - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 6VV excl. BH Zzp met behandeling: - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH - Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB
Combinatie 2	**Vervoersvoorzieningen**	**Zzp zonder en met behandeling**
Sub-combinaties	Regiotaxi Collectief vervoer regiotaxi	Zzp zonder behandeling - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 4VV excl. BH - Per dag ZZP 4VV excl.BH incl.DB - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 6VV excl. BH Zzp met behandeling - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH - Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH
Combinatie 3	**Woonvoorzieningen**	**Zzp zonder en met behandeling**
Sub-combinaties	Woningaanpassing	Zzp zonder behandeling

[20] De samenloop bij elkaar opgeteld voor de rode combinaties in de bijlage, waarbij de huishoudelijke hulp met Wlz uit mpt, vanwege de onduidelijke regelgeving, buiten beschouwing is gelaten

	Reparatie woonvoorziening	- Opslag Waardigheid en Trots ZZP 4VV excl. BH - Per dag ZZP 4VV excl.BH incl.DB - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 6VV excl. BH Zzp met behandeling - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH - Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB - Opslag Waardigheid en Trots ZZP 6VV incl. BH

Zoals benoemd in paragraaf 2.2 kunnen cliënten met een Wlz-indicatie die in een instelling wonen en daar behandeld worden, geen aanspraak maken op een rolstoel uit de Wmo. We zien dat bij 28 personen samenloop is met een rolstoel uit de Wmo en Wlz-zorg in een instelling met behandeling, wat mogelijk onrechtmatig is. Dit zou wederom de groep cliënten die onder de subsidieregeling extramurale behandeling vielen, kunnen betreffen, waardoor de rolstoel wel uit de Wmo zou kunnen worden vergoed.

Ook kunnen cliënten met een Wlz-indicatie die in een instelling wonen geen aanspraak maken op een Wmo-maatwerkvoorziening in de vorm van sociaal vervoer (regiotaxi). De gemeente [redacted] hanteert het beleid om hiervan af te wijken als een cliënt aangewezen is op collectief vervoer. Deze combinaties zijn dus als rechtmatige samenloop aan te merken.

Een woningaanpassing uit de Wmo bij wonen in een Wlz-instelling met of zonder behandeling is mogelijk. Deze combinaties zijn dan ook rechtmatig.

Voorkomen samenloop Wmo en Wlz

In de gesprekken met verschillende experts is ook behandeld hoe de onrechtmatige samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen in de toekomst voorkomen zou kunnen worden. De geïnterviewde gemeenten geven aan dat de dienst Wlz-signalen, waarbij de gemeente een signaal van het Inlichtingenbureau krijgt als een inwoner een Wlz-indicatie ontvangt (zie paragraaf 2.3) een stap in de goede richting is. Het ontbreekt de gemeente echter vaak nog aan informatie. Er wordt in het Wlz-signaal alleen aangegeven dat een inwoner een Wlz-indicatie heeft gekregen en niet welke indicatie. Wellicht kan in de toekomst de Wlz-leveringsvorm worden meegegeven. Dit zou meer informatie opleveren met betrekking tot de Wmo-zorg die naast de Wlz-indicatie kan bestaan.

4.4 Aard samenloop Wmo en Wlz-pgb

4.4.1 Groep 1 Wmo-voorzieningen

Zoals in hoofdstuk 4 benoemd is bij **39 personen** sprake van samenloop van groep 1 Wmo-voorzieningen en zorg uit de Wlz middels een pgb. Hierbij komt de meeste samenloop voor in de Wmo-categorieën *woondiensten* en *hulp bij het huishouden*.

Er is slechts één samenloopcombinatie die voorkomt bij minstens vijf personen. Dit betreft de **Wmo-voorziening dementieconsulent middels ZiN** en **beschermd wonen met intensieve dementiezorg** uit de Wlz middels een pgb. In totaal is er 145 weken samenloop, gemiddeld 29 weken samenloop per persoon. Zie hiervoor ook Bijlage C. Zoals eerder besproken in paragraaf 4.3.1 is de dementieconsulent bij de gemeente [redacted] een algemene voorziening en kan dit rechtmatig samenlopen met Wlz-zorg middels een pgb.

4.4.2 Groep 2 Wmo-voorzieningen

Zoals in hoofdstuk 4 benoemd hebben **136 personen** samenloop van groep 2 Wmo-voorzieningen zonder einddatum en Wlz (pgb). Hierbij komt de meeste samenloop voor binnen de Wmo-categorie *vervoersvoorzieningen*, namelijk bij **111 personen**. In

onderstaande tabel is te zien hoe vaak samenloop per Wmo-categorie en Wlz-pgb voorkomt.

Tabel 13 *Aantal personen met samenloop binnen de Wmo-categorieën, uitgesplitst naar Wlz-leveringsvorm*

Wmo-categorie	Totaal samenloop
Rolstoelen	76
Vervoersvoorzieningen	111
Woonvoorzieningen	56

Omdat samenloop van Wlz-pgb en groep 2 Wmo-categorieën volgens de wetgeving mogelijk is, wordt niet verder ingegaan op de specifieke declaratiecodes.

4.5 Aard samenloop Wmo en Zvw (wijkverpleging)

Voor de combinaties binnen de Wmo en de wijkverpleging hebben we eerder gezien dat 1.125 personen samenloop hadden bij groep 1 Wmo-voorzieningen. Kijkend naar de verschillende categorieën binnen de Wmo en wijkverpleging is de meest voorkomende samenloop bij begeleiding en zorg uit de wijkverpleging. 89 personen hebben deze overlap bij ZiN en 11 personen bij pgb.

Wanneer we kijken naar de samenloop op specifieke codes zien we per Wmo categorie de volgende samenloop. De exacte codes per samenloop combinatie, het aantal personen en de gemiddelde aantal weken samenloop hebben we gespecificeerd in Bijlage D.

Tabel 14*. Combinaties van Wmo- en wijkverplegingszorg op categorie-niveau (bij minstens 5 personen)*

Wmo categorie	Wmo code	Wijkverpleging code
Begeleiding	Variatie aan begeleiding (Basis/Specialistisch of specifiek dementieconsultent)	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken of Preventie aan kwetsbare ouderen
Dagbesteding	Dagactiviteit begeleiding basis of Recreatieve dagbesteding	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken of Preventie aan kwetsbare ouderen
Hulp bij het huishouden	Huishoudelijke werkzaamheden	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken of kortdurende ziekenhuis (na)zorg of beloning op maat
Persoonlijke verzorging	Persoonlijk verzorging	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken
Vervoersvoorzieningen	Vervoer dagbesteding	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken of Preventie aan kwetsbare ouderen
Woondiensten	Onderhoud/keuring/reparatie woonvoorzieningen	Variatie wijkverpleging codes
Overige maatwerkarrangementen	Arrangement dementie/dagbesteding arrangement	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken of Preventie aan kwetsbare ouderen

Zoals eerder in paragraaf 2.2 is besproken, verwachten we eventuele onrechtmatige samenloop van zorg uit de Wmo en wijkverpleging in de Wmo-categorie persoonlijke verzorging. Zoals uit het overzicht in Bijlage D is af te lezen, is de enige samenloop binnen de Wmo categorie persoonlijke verzorging die bij minstens vijf personen voorkomt “H126 persoonlijke verzorging code” met wijkverpleging code “Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)”. Deze combinatie komt bij 6 personen voor met totaal 68 weken samenloop van zorg, gemiddeld 11,3 weken samenloop per persoon. Deze combinatie is mogelijk onrechtmatig. Er zijn nog twee andere code combinaties bij Wmo persoonlijke verzorging en wijkverpleging die bij minder dan 5 personen voorkomen.

Vanaf 2019 is de code H126 bij de gemeente [redacted] vervangen door de code 1.1 individuele begeleiding basis (zie bijlage E). Vanaf 2019 is het daardoor niet meer zichtbaar wanneer iemand wijkverpleging gelijktijdig met persoonlijke verzorging uit de Wmo ontvangt.

4.6 Aard samenloop Jeugdwet en andere financieringsstromen

In het algemeen geldt voor de Jeugdwet dat er weinig daadwerkelijke samenloop is met zorg uit andere financieringsstromen en waardoor er weinig uitspraken kunnen worden gedaan over de aard van de samenloop binnen de Jeugdwet.

Voor de combinaties binnen de Jeugdwet en de Wlz hebben we eerder in paragraaf 4.2 gezien dat 12 personen samenloop hadden. Kijkend naar de verschillende Wlz-leveringsvormen, dan is de mpt leveringsvorm het meest voorkomend bij samenloop tussen de Jeugdwet en Wlz (10 keer).

Vanwege de lage aantallen kunnen we geen uitspraken doen over specifieke samenloop van Jeugdwet en Wlz codes. In het algemeen zien we samenloop vanuit bij jeugdbeschermingscategorieën en vanuit de Wlz met name samenloop met de behandeling gedragswetenschapper.

Kijkend naar de samenloop met Wlz pgb, vindt de meeste samenloop plaats met ZiN uit de Jeugdwet. In tegenstelling tot bij Wlz prestaties zijn er wel samenloop combinaties waar Jeugdwet zorg middels een pgb wordt geleverd. Het gaat in dit geval bijna altijd om Wlz instellingszorg zonder behandeling. De jeugdwetarrangementen zijn te verschillend om een toelichting op te kunnen geven.

5. Conclusie

Dit onderzoek had als doel om meer zicht te krijgen op domeinoverstijgende zorg door inzicht te geven in samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen (Wmo/Jeugdwet en Wlz/Zvw). Wat is de omvang van zorg waarbij tegelijkertijd gebruik wordt gemaakt van Wmo/Jeugd- en Wlz/Zvw-zorg, om welke combinaties van zorg gaat het, wat zegt de wet over deze vormen van samenloop en hoe wordt de samenloop geduid door verschillende experts?

Zorg gefinancierd door gemeente [redacted]

Voor de algemene populatie van de gemeente [redacted], in totaa [redacted] **personen**, is er in de periode 2017 t/m 2019 voor **6.587 personen** zorg gefinancierd vanuit de gemeente. Voor de meeste personen betrof dit zorg uit de Wmo, namelijk **4.299 personen**. Voor **2.392 personen** betrof dit zorg uit de Jeugdwet.

Samenloop financieringsstromen

Van de 6.587 personen waarvoor de gemeente [redacted] zorg heeft gefinancierd is bij **1.850 personen** samenloop van zorg uit meerdere financieringsstromen, waarbij is gecorrigeerd voor 4 weken aanvaardbare administratieve samenloop. Van de Wmo populatie van 4.299 personen is bij **954 personen** sprake van samenloop tussen de Wmo en Wlz (**142 personen** Wlz-pgb, **877 personen** Wlz overig), bij **1.125 personen** samenloop tussen Wmo en wijkverpleging (Zvw) en bij **49 personen** samenloop tussen Wmo en Jeugdwet. Bij de 2.392 personen met zorg uit de Jeugdwet is er sprake van samenloop tussen de Jeugdwet en Wlz bij **12 personen** en van samenloop tussen de Jeugdwet en wijkverpleging bij **8 personen**.

Samenloop op categorie-niveau

Van de groep 1 Wmo-voorzieningen (met einddatum) is er vooral samenloop met Wlz-zorg overig binnen de volgende Wmo-categorieën: hulp bij het huishouden (**106 personen**), begeleiding (**76 personen**) en dagbesteding (**42 personen**). Van de groep 2 Wmo-voorzieningen (zonder einddatum) is de samenloop met Wlz-zorg overig als volgt: vervoersvoorziening (**722 personen**), rolstoel (**255 personen**) en woonvoorziening (**137 personen**).

Voor Wlz-pgb is de samenloop veel kleiner. Een totaal van **39 personen** hebben samenloop van groep 1 Wmo-voorzieningen en Wlz-pgb. Hierbij komt de meeste samenloop voor in de Wmo-categorieën woondiensten en hulp bij het huishouden. Van de groep 2 Wmo-voorzieningen is de meest voorkomende samenloop op categorie-niveau bij Wlz-pgb vervoersvoorziening (**111 personen**).

De meeste samenloop van wijkverpleging en groep 1 Wmo-voorzieningen komt voor bij de bij categorieën hulp bij het huishouden (**566 personen**), dagbesteding (**123 personen**) en begeleiding (**120 personen**). Samenloop van wijkverpleging en groep 2 Wmo-voorzieningen is niet geanalyseerd, omdat samenloop van deze zorg mag voorkomen. Samenloop tussen de Jeugdwet en andere financieringsstromen komt bij te weinig personen voor om uitspraken te kunnen doen over de verschillende categorieën.

Samenloop en duiding op code-niveau – Wmo/Wlz-overig (zzp/mpt/vpt)

De meeste samenloop bij Wlz-zorg overig zien we bij zorg die is geleverd middels een modulair pakket thuis, waar zorg in de thuissituatie en door meerdere zorgaanbieders wordt geleverd. Gevolgd door Wlz-zorg in de institutionele setting, middels een zzp (zorgzwaartepakket). Als we kijken naar de specifieke productcodes dan is samenloop van dementieconsulent (begeleiding, Wmo) en persoonlijke verzorging (mpt, Wlz) de meest voorkomende combinatie. Tabel 15 geeft de meest voorkomende samenloop van Wmo- en Wlz-codes met Wlz leveringsvorm binnen de verschillende Wmo-categorieën weer.

Tabel 15 *Meest voorkomende combinatie van Wmo en Wlz codes overig binnen elke groep 1 Wmo categorie*

Wmo categorie	Wmo code	Wlz code	Wlz leverings-vorm	*Aantal personen*	*Totaal aantal weken*	*Gemiddeld aantal weken per persoon*
Begeleiding	Dementieconsulent	Persoonlijke verzorging	Mpt	33	909	27,5
Dagbesteding	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	Persoonlijke verzorging	Mpt	17	256	15,1
Hulp bij het huishouden	HbH2 Huishoudelijke	Persoonlijke verzorging	Mpt	26	320	12,3

	werkzaamheden met zorg					
Vervoers-diensten	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	Persoonlijke verzorging	Mpt	19	215	11,3
Woon-diensten	Onderhoud/Keuring /Reparatie woonvoorziening	Persoonlijke verzorging	Mpt	6	220	36,7

De Wmo-declaraties van dagbesteding, hulp bij het huishouden en vervoersdiensten die samenloop hebben met Wlz-zorg middels een mpt, vpt of zzp zijn niet te verwachten op basis van wet- en regelgeving en dus mogelijk onrechtmatig. Hierbij moeten enkele kanttekeningen worden geplaatst. Het kan zijn dat nieuwe regelgeving, zoals geen vergoeding van huishoudelijke hulp uit de Wmo met een Wlz-mpt, later van kracht is gegaan. Ook kan het zo zijn dat cliënten in deze periode een beperkte Wlz-indicatie hebben gehad, waardoor er samenloop met andere Wmo-zorg rechtmatig kan zijn.

Bij samenloop van groep 1 Wmo-categorieën met Wlz-zorg zien we 2469 weken aan *mogelijk* onrechtmatige samenloop van zorg, dit betreft 58 personen. Bij 6,6% van de personen die samenloop Wmo en Wlz hebben, is (een deel van) de samenloop dus mogelijk onrechtmatig. Op de gehele Wmo-populatie van 4.299 is dit 1,3% waarbij mogelijk onrechtmatige samenloop is. Hierbij moet de kanttekening worden gemaakt dat, omwille van privacy, alleen combinaties die voorkomen bij 5 of meer personen zijn geanalyseerd. Als alle individuele combinaties van samenloop waren meegenomen, was er waarschijnlijk meer mogelijk onrechtmatige samenloop gevonden. Samenloop tussen Wmo- en Wlz-zorg is het onderzoeken waard voor de gemeente.

Mogelijk onrechtmatige samenloop Wmo – Wlz overig
Bij de Wmo codes H531 Dagactiviteit basis, HBH1 (hulp bij het huishouden), vervoer dagbesteding en individuele begeleiding basis komen de mogelijk onrechtmatige combinaties met Wlz zorg voor. Bij deze Wmo codes kan het voorkomen dat de cliënt ook een Wlz-indicatie heeft. In dat geval is de Wmo zorg mogelijk onrechtmatig. Bij deze codes kan het voor de gemeente interessant zijn om aanvullend onderzoek te doen.

Voor de *mogelijke* onrechtmatigheid van de groep 2 Wmo-voorzieningen is het van belang om te weten hoeveel personen Wlz-instellingzorg krijgen en welke cliënten ook behandeld worden in dezelfde instelling. Bij de groep 2 Wmo-voorzieningen heeft een kleine groep die Wmo/Wlz samenloop heeft zorg met behandeling in een instelling. Tabel 16 geeft de samenloop binnen de verschillende groep 2 Wmo-categorieën weer en hoeveel personen daarvan Wlz-zorg in een instelling met en zonder behandeling krijgen.

Tabel 16 *Aantal personen met samenloop binnen de Wmo-categorieën, uitgesplitst naar Wlz-leveringsvorm*

Wmo-categorie	Totaal aantal personen samenloop	Waarvan ZZP	Waarvan ZZP met behandeling
Rolstoelen	255	102	28
Vervoersvoorzieningen	722	80	55
Woonvoorzieningen	137	12	8

Cliënten met een Wlz-indicatie die in een instelling wonen en in dezelfde instelling behandeld worden, kunnen geen aanspraak maken op een rolstoel uit de Wmo. We zien dat bij 28 personen samenloop is met een rolstoel uit de Wmo en Wlz-zorg in een instelling met behandeling, wat mogelijk onrechtmatig is. Vanuit de gemeente [redacted] werd aangedragen dat dit echter de cliënten zouden kunnen betreffen die enkel een Wlz-indicatie hebben gehad voor dagbehandeling, waardoor de rolstoel in die gevallen wel vanuit de Wmo zou kunnen worden vergoed.

Samenloop op code-niveau– Wmo/Wlz (pgb)

Er is één samenloopcombinatie bij Wmo en Wlz-pgb gevonden. Dit betreft de Wmo-voorziening dementieconsulent middels ZiN en beschermd wonen met intensieve dementiezorg uit de Wlz middels een pgb. Omdat de dementieconsulent bij de gemeente [redacted]k een algemene voorziening is, kan dit rechtmatig samenlopen met Wlz-zorg middels een pgb.

De Wlz-pgb data had beperkingen, omdat het enkel toegekende budgetten betrof. Gezien de hoeveelheid mogelijk onrechtmatige samenloop bij Wmo- en Wlz-zorg middels andere leveringsvormen dan pgb, is het interessant om ook de Wlz-pgb's nader te onderzoeken.

Samenloop op code-niveau – Wmo/Zvw (wijkverpleging)

Er is veel samenloop van Wmo-zorg met wijkverpleging. Er is echter maar één Wmo-categorie waarbij er onrechtmatige samenloop met wijkverpleging kan voorkomen. De enige samenloop binnen de Wmo categorie persoonlijke verzorging die bij minstens vijf personen voorkomt is "H126 persoonlijke verzorging code" met wijkverpleging code "Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)". Deze combinatie komt bij 6 personen voor met totaal 68 weken samenloop. Mogelijk kan de code onrechtmatig zijn als de verzorging die de cliënt ontvangt uit de Wmo, niet met ondersteuning voor zelfredzaamheid samenhangt, maar met de behoefte aan geneeskundige zorg of een hoog risico daarop. In dat laatste geval zou alle verzorging uit de wijkverpleging geleverd moeten worden. Aangezien de Wmo code H126 persoonlijk verzorging in 2019 is opgegaan in individuele begeleiding basis, lijkt het nu niet onderzoekswaardig om deze samenloop nader te bekijken.

Samenloop op code-niveau – Jeugdwet

Samenloop bij de jeugdwet en Wlz-zorg of wijkverpleging komt binnen de gemeente [redacted] bij weinig cliënten voor. In het algemeen zien we samenloop vanuit bij jeugdbeschermingscategorieën en vanuit de Wlz met name samenloop met de behandeling gedragswetenschapper.

Conclusie mogelijk onrechtmatige samenloop

Veruit de meeste *mogelijk* onrechtmatige samenloop (ongeveer 23 combinaties) vinden we bij samenloop van zorg uit de Wmo en Wlz, voornamelijk bij de leveringsvormen modulair pakket thuis en institutionele Wlz. Het betreft hier met name dagbesteding (dagactiviteit basis), hulp bij het huishouden, vervoer dagbesteding en individuele begeleiding basis. Bij samenloop van Wmo en Wlz pgb zien we geen *mogelijk* onrechtmatige samenloop op specifiek codeniveau en bij Wmo en wijkverpleging is de mogelijk onrechtmatige samenloop beperkt (1 combinatie). Samenloop van zorg uit andere financieringsstromen met zorg uit de Jeugdwet is verwaarloosbaar.

In de onderzoeksperiode 2017-2019 waren er beperkte mogelijkheden voor de gemeente om na te gaan of een cliënt ook een Wlz-indicatie had. Sinds 2021 ontvangt de gemeente [redacted] automatisch een signaal van het Inlichtingenbureau als een cliënt een Wlz-indicatie heeft. Hoewel dit de gemeente meer mogelijkheden geeft om onrechtmatige samenloop eerder te detecteren, zou het wenselijk zijn dat het signaal meer informatie over de Wlz-indicatie bevat zoals bijvoorbeeld Wlz-leveringsvorm.

Bijlagen

Bijlage A – Databronnen en methode

In onderstaande tabel 16 zijn alle gebruikte bestanden kort beschreven. Hierin is ook aangegeven of de gedeclareerde zorg middels een pgb of ZiN geleverd is. Daarnaast is te zien of het bestand, in het geval van een pgb, toegekende budgetten of daadwerkelijke gebruikte zorg (benutting) betreft. Na het overzicht wordt per bestand een samenvatting van de inhoud gegeven. Op de volgende pagina is per databestand een aantal voorbeeldregels opgenomen die een voorbeeld schetsen van de variabelen per bestand.

Tabel 16. Gebruikte bestanden voor analyse

Omschrijving	*Bronhouder*	*Financieringsstroom*	*Leverings-vorm*	*Toegekend budget / gedeclareerd*
Wlz-prestaties	Vektis	Wlz	ZiN	Gedeclareerd
Wlz-pgb's	Vektis	Wlz	Pgb	Toegekend budget
Wijkverpleging-prestaties	Vektis	Zvw	ZiN	Gedeclareerd
Wmo/Jeugdwet-voorzieningen	[redacted]	Wmo/Jeugdwet	ZiN/Pgb	Gedeclareerd
Kenmerken van verzekerden	Vektis	-	-	-
Woongegevens	Vektis	-	-	-

Wlz-prestaties

Dit bestand bevat declaraties van zorgprestaties uit de Wlz, waarbij de **prestatiecode** en een **zorgzwaartepakketcode** en/of **functiecode** is gegeven. Als er bijvoorbeeld meerdere aanbieders zorg leveren (bij een vpt of mpt) is de functiecode ingevuld om aan te geven welke zorg, bijvoorbeeld persoonlijke verzorging, het betreft. Hiermee wordt aangeduid wat de inhoud en aard van de zorgactiviteit is. Daarnaast is het **vergoede bedrag** en de **tijdsduur** (voornamelijk in minuten of etmalen) vermeld.

Wlz-pgb's:

Dit bestand bevat persoonsgebonden **budgetten** die zijn toegekend voor Wlz-zorg, waarbij een **zorgzwaartepakketcode** (in 2017) of **geïndiceerde** en **toegekende zorgprofielcode** (in 2018 of 2019) is gegeven. Dit betreft enkel toegekende budgetten en geen declaraties van zorg die is ingekocht middels het pgb. Het budget is uitgesplitst naar verschillende zorgsoorten, waaronder **persoonlijke verpleging**, **verzorging** en **huishoudelijke hulp**.

Wijkverpleging-prestaties

Dit bestand bevat declaraties van wijkverpleging uit de Zvw. Per declaratie is de **prestatiecode** opgenomen. Daarnaast is per declaratie het **vergoede bedrag** en de **tijdsduur** (in eenheden van vijf minuten) vermeld.

Wmo/Jeugdwet-voorzieningen

Dit bestand bevat declaraties van voorzieningen uit de Wmo of Jeugdwet. Elke declaratie bevat een **voorzieningscode** en -**omschrijving**, de **categorie** waarin de voorziening valt en de bovenliggende **voorzieningssoort**. Ook zijn het **aantal**, de **eenheid** (bijvoorbeeld stuks/minuten/uren) en de **frequentie** gegeven (zoals per beschikking/per week/per vier weken). Ten slotte is de viercijferige **postcode** van de cliënt vermeld (of in het geval van de Jeugdwet van de ouder/verzorger).

Kenmerken van verzekerden

In dit bestand is de **geboortedatum** en **datum van overlijden** (indien van toepassing) per pseudo-BSN opgenomen.

Woongegevens

Dit bestand bevat de viercijferige **postcode** (per jaar) waarop de verzekerde geregistreerd staat in de administratie van de zorgverzekeraar.

Wlz-prestaties

pBSN	Prestatie_begin	Prestatie_eind	Zorgzwaartepakket	Functiecode	Prestatie	Aantal_prestaties	Tijdseenheid	Bedrag_berekend	Bedrag_vergoed	Verwijzer	Uitvoerder
12345678	2017-01-01	2019-12-31	755	00	Z061	13	14	2934,88	2934,88	12345678	12345678
12345678	2017-01-01	2019-12-31	754	00	Z053	31	14	6072,28	6072,28	12345678	12345678
12345678	2017-01-01	2019-12-31	000	64	H896	20	14	304,4	304,4	12345678	12345678
12345678	2017-01-01	2019-12-31	754	00	Z053	30	14	6168,3	6168,3	12345678	12345678
12345678	2017-01-01	2019-12-31	754	00	Z053	31	14	6373,91	6373,91	12345678	12345678

Wlz-pgb

pBSN	Ingangsdatum	Einddatum	Zorgprofiel geindiceerd	Zorgprofiel toegekend	Zorgzwaarte-pakket	Bedrag_PV	Bedrag_VP	Bedrag_beg_ind	Bedrag_beg_gro	Bedrag_PV_VP_BG_HH	Bedrag_overig	Verblijf	Huish_hulp	Combi_PGB_MPT	Totaal_toegekend_PGBWLZ
12345678	2017-01-01	2019-12-31	806	806	000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9062,16
12345678	2017-01-01	2019-12-31	804	804	000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	55223
12345678	2017-01-01	2019-12-31	754	754	000	0	0	0	0	49553	0	0	0	0	49553
12345678	2017-01-01	2019-12-31	753	753	000	0	0	0	0	2501,58	0	0	0	-2215,19	286,39
12345678	2017-01-01	2019-12-31	#N/B	#N/B	810	0	0	0	0	#N/B	#N/B	0	0	0	9370,9

Wijkverpleging-prestaties

pBSN	Prestatie_begin	Prestatie_eind	Prestatiecode	Aantal_prestaties	Tijdsduur	Bedrag_berekend	Vergoed bedrag	Verwijzer	Uitvoerder	Indiener	Soort_decl
12345678	2017-01-01	2019-12-31	1034	3	07	13,86	13,86	12345678	12345678	12345678	01
12345678	2017-01-01	2019-12-31	1012	90	07	172,02	172,02	12345678	12345678	12345678	02
12345678	2017-01-01	2019-12-31	1009	48	07	148	148	12345678	12345678	12345678	02
12345678	2017-01-01	2019-12-31	1032	13	07	65	65	12345678	12345678	12345678	01
12345678	2017-01-01	2019-12-31	1010	2400	07	4000	4000	12345678	12345678	12345678	02

Wmo/Jeugdwet-voorzieningen

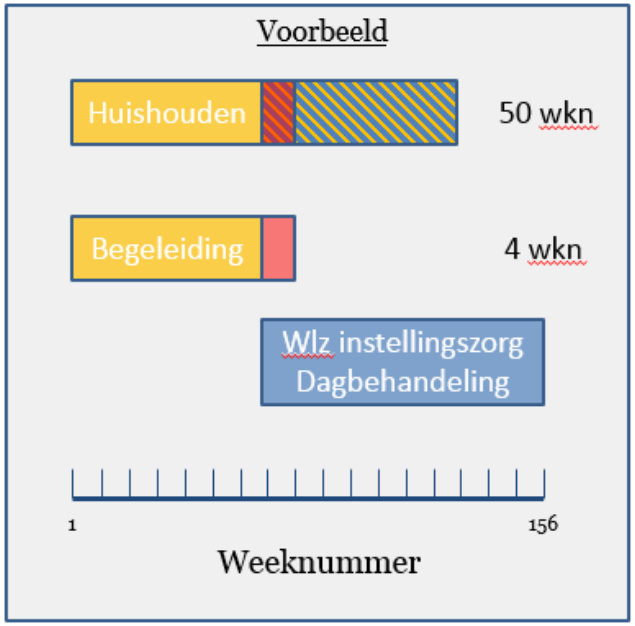
pBSN	Regeling	Leveringsvorm	Voorzieningssoort	Categorie	Voorziening	Eenheid	Frequentie	Omvang	Ingangsdatum	Einde_geldig	Postcode	Versie
12345678	WMO	ZIN	Rolstoelvoorziening	Rolstoelen	Categorie 7 - Elektr. rolstoel voor buiten	Stuks (output)	Per beschikking	1	2017-01-01	2019-12-31	NNNN	20210202
12345678	WMO	PGB	Begeleiding	Begeleiding	H300 Begeleiding	Minuut	Per week	180	2017-01-01	2019-12-31	NNNN	20210202
12345678	WMO	ZIN	Vervoer dagbesteding / dagbehandeling	Vervoersdiensten	5.4 Vervoer dagbesteding	Stuks (output)	Per vier weken	8	2017-01-01	2019-12-31	NNNN	20210202
12345678	Jeugdwet	ZIN	Jeugd segment 2	Maatwerkarrangementen jeugd	50H53 Arrangement 5: Zwaar	Stuks (output)	Per beschikking	1	2017-01-01	2019-12-31	NNNN	20210202
12345678	Jeugdwet	ZIN	Jeugd segment 2	Maatwerkarrangementen jeugd	Arrangement 5 Intensiteit B	Stuks (output)	Per beschikking	2	2017-01-01	2019-12-31	NNNN	20210202

Analyse en aannames

Om tot de uiteindelijke samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen te komen, hebben we diverse analysestappen doorlopen waarbij verschillende aannames zijn gedaan. Deze lichten we in deze paragraaf toe. In zowel de data van de gemeente als de Vektis-data staan postcodes. Als er een verschil is tussen de postcode in het bestand van de gemeente en het bestand van Vektis zijn we uitgegaan van de data van de gemeente [redacted] We nemen hierbij aan dat de gemeente de meest actuele data heeft. Als iemand binnen de onderzoeksperiode 2017-2019 in ieder geval één jaar in de gemeente [redacted] heeft gewoond, is deze meegenomen in de analyse.

Voor de analyse zijn de afzonderlijke declaratiebestanden dusdanig bewerkt dat we per persoon per week in kaart hebben gebracht welke zorg is ontvangen. Dit geeft per week in 2017 t/m 2019, 156 weken in totaal, een overzicht van de gedeclareerde zorg. Vervolgens zijn de declaratiebestanden van de verschillende financieringsstromen, bijvoorbeeld Wmo en Wlz, over elkaar heen gelegd. Bij elke combinatie van financieringsstromen, zoals Wmo/Wlz of Jeugdwet/wijkverpleging, is er gecorrigeerd voor vier weken samenloop.[22] Deze vier weken zijn dus van elke samenloop afgetrokken. Vervolgens is voor elke afzonderlijke combinatie van twee financieringsstromen het aantal personen en aantal weken samenloop berekend. In het volgende figuur is schematisch de berekening van samenloop tussen Wmo- en Wlz-zorg weergegeven. In dit voorbeeld ontving de cliënt zowel huishoudelijke hulp als begeleiding vanuit de Wmo (geel gemarkeerd) en is de cliënt vervolgens overgestapt op institutionele zorg met behandeling vanuit de Wlz (blauw gemarkeerd). De begeleiding uit de Wmo overlapt maar vier weken met de Wlz-zorg en wordt dus niet beschouwd als samenloop in dit onderzoek. De huishoudelijke hulp uit de Wmo overlapt 50 weken met de Wlz-zorg, in dit geval wordt 46 weken samenloop gerapporteerd voor deze combinatie op code-niveau.

Figuur 3 *Schematische weergave van de berekening van samenloop*



Niet alle declaraties hebben een einddatum. Vijftien procent van de Wmo declaraties heeft geen einddatum. Als we kijken naar elke afzonderlijke Wmo-categorie (10 in totaal), valt op dat er in drie specifieke categorieën vaak een einddatum ontbreekt. Bij declaraties in de categorieën vervoersvoorzieningen, woonvoorzieningen en rolstoelen heeft 25% tot 40% van de declaraties geen einddatum. Dit betreffen voornamelijk voorzieningen die eenmalig worden gedeclareerd, zoals een traplift.

Vanwege het ontbreken van een einddatum, is er geen mogelijkheid om de samenloop van zorg bij deze Wmo-voorzieningen in aantal weken te duiden. Om deze reden worden de Wmo-voorzieningen opgesplitst in twee groepen: Wmo-voorzieningen mét einddatum, de

[21] Voor meer dan 10% van de personen in de gemeentelijke databestanden was er in minimaal één kalenderjaar een verschil in geregistreerde postcode in beide databestanden (gemeente en Vektis)

[22] Op basis van gesprekken met experts, is er gekozen voor een acceptabele administratieve samenloop van vier weken. Als een cliënt overstapt van de Wmo naar de Wlz, zal de zorg uit de Wmo naar verwachting in ieder geval vier weken doorlopen.

groep 1 Wmo-voorzieningen; en de Wmo-voorzieningen zonder einddatum, de groep 2 Wmo-voorzieningen. In onderstaande tabel staat weergegeven welke Wmo-voorzieningen in welke groep vallen.

Tabel. *Verschillende groepen Wmo-voorzieningen*

Groep 1 Wmo-voorzieningen	Groep 2 Wmo-voorzieningen
Begeleiding	Vervoersvoorzieningen
Dagbesteding	Woonvoorzieningen
Hulp bij het huishouden	Rolstoelen
Vervoersdiensten	
Woondiensten	
Persoonlijke verzorging	
Overige maatwerkarrangementen	

Uitkomstmaten analyse

De samenloop van zorg uit verschillende financieringsstromen wordt in de volgende hoofdstukken weergegeven op verschillende niveaus. Er wordt eerst gekeken naar samenloop op unieke combinatie van financieringsstromen. Hierbij wordt ook het aantal weken samenloop gerapporteerd. In de volgende hoofdstukken worden twee verschillende verdiepende niveaus van samenloop weergegeven: categorieniveau en codeniveau. Voor samenloop op categorieniveau wordt alleen het aantal personen met samenloop vermeld.

Op codeniveau wordt de samenloop per unieke code (de voorzieningscode of de prestatiecode) gerapporteerd. Voor de groep 1 Wmo-voorzieningen wordt het aantal personen met samenloop, het totale aantal weken samenloop en de gemiddelde samenloop per persoon vermeld. Voor de groep 2 Wmo-voorzieningen is er geen mogelijkheid om de samenloop van zorg in aantal weken te duiden vanwege het ontbreken van een einddatum. Omdat de leveringsvorm van de Wlz-zorg bepalend is voor of de groep 2 Wmo-voorzieningen uit de Wmo of Wlz geleverd kunnen worden, worden de combinaties op codeniveau weergegeven als unieke combinaties per Wlz-leveringsvorm (mpt/vpt, zzp zonder behandeling en zzp met behandeling).

Bijlage B – Specifieke combinaties Wmo en Wlz prestaties die bij minstens 5 personen voorkomen

Wmo categorie		Wmo code	ZiN/pgb	Wlz code	Wlz leverings -vorm	*Aantal personen*	*Totaal aantal weken*	*Gemiddeld aantal weken per persoon*
Begeleiding	1	Dementieconsulent	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	33	909	27,5
	2	Dementieconsulent	ZiN	Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB	Zzp	27	1125	41,7
	3	Dementieconsulent	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH	Zzp	26	1093	42
	4	Dementieconsulent	ZiN	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	Mpt	23	647	28,1
	5	Dementieconsulent	ZiN	P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis	Mpt	16	444	27,8
	6	Dementieconsulent	ZiN	Schoonmaak	Mpt	15	371	24,7
	7	Dementieconsulent	ZiN	Verpleging	Mpt	11	252	22,9
	8	Dementieconsulent	ZiN	Per dag ZZP Mutatiedag V&V toel. voor beh.	Zzp	10	17	1,7
	9	Dementieconsulent	ZiN	Begeleiding	Mpt	8	118	14,8
	10	Dementieconsulent	ZiN	Dagbehandeling ouderen som en pg	Mpt	7	198	28,3
	11	H300 Begeleiding	ZiN	Behandeling gedragswetenschapper	Niet bekend	7	67	9,6
	12	Dementieconsulent	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 4VV excl. BH	Zzp	5	164	32,8
	13	Dementieconsulent	ZiN	Per dag ZZP 4VV excl.BH incl.DB	Zzp	5	164	32,8
Dagbesteding	1	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	17	256	15,1
	2	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	Mpt	15	281	18,7
	3	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis	Mpt	13	274	21,1
	4	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH	Zzp	11	182	16,5
	5	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB	Zzp	11	182	16,5
	6	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Verpleging	Mpt	5	192	38,4
	7	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Schoonmaak	Mpt	5	73	14,6
	8	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Per dag ZZP Mutatiedag V&V toel. voor beh.	Zzp	5	9	1,8
Hulp bij het huishouden	1	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	26	320	12,3
	2	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	26	224	8,6
	3	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	18	176	9,8
	4	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Schoonmaak	Mpt	16	140	8,8
	5	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Schoonmaak	Mpt	16	118	7,4
	6	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	Verpleging	Mpt	10	150	15
	7	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis	Mpt	9	121	13,4
	8	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	Begeleiding	Mpt	9	75	8,3
	9	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	Mpt	8	112	14

	10	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH	Zzp	8	55	6,9
	11	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB	Zzp	8	55	6,9
	12	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	Schoonmaak	Mpt	7	81	11,6
	13	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	Mpt	7	56	8
	14	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Verpleging	Mpt	7	38	5,4
	15	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis	Mpt	6	53	8,8
	16	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 4VV excl. BH	Zzp	6	34	5,7
	17	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Per dag ZZP 4VV excl.BH incl.DB	Zzp	6	34	5,7
	18	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Behandeling gedragswetenschapper	Niet bekend	5	170	34
	19	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 6VV incl. BH	Zzp	5	19	3,8
	20	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Per dag ZZP 6VV incl.BH incl.DB	Zzp	5	19	3,8
	21	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Verpleging	Mpt	5	18	3,6
Persoonlijke verzorging	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo persoonlijke verzorging en Wlz prestaties die bij minimaal 5 personen voorkomen**							
Overige maatwerkarrangementen	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo persoonlijke verzorging en Wlz prestaties die bij minimaal 5 personen voorkomen**							
Vervoers-diensten	1	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	19	215	11,3
	2	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	Mpt	17	220	12,9
	3	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis	Mpt	15	213	14,2
	4	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	Mpt	8	26	3,2
	5	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH	Zzp	7	47	6,7
	6	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB	Zzp	7	47	6,7
	7	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Verpleging	Mpt	6	107	17,8
	8	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	Opslag Waardigheid en Trots ZZP 5VV incl. BH	Zzp	6	43	7,2
	9	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	Per dag ZZP 5VV incl.BH incl.DB	Zzp	6	43	7,2
	10	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	6	8	1,3
	11	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	P/clt.p/dg.dl. dagactiviteit oud. basis	Mpt	6	8	1,3
	12	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Schoonmaak	Mpt	5	77	15,4
	13	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Per dag ZZP Mutatiedag V&V toel. voor beh.	Zzp	5	8	1,6
Woondiensten	1	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening	ZiN	Persoonlijke verzorging	Mpt	6	220	36,7

Bijlage C – Specifieke combinaties Wmo en Wlz pgb die bij minstens 5 personen voorkomen

Wmo categorie		Wmo code	ZiN/pgb	Wlz code	Wlz leverings-vorm	*Aantal personen*	*Totaal aantal weken*	*Gemiddeld aantal weken per persoon*
Begeleiding	1	Dementieconsulent	ZiN	Beschermd wonen met intensieve dementiezorg	Pgb	5	145	29
Dagbesteding	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo dagbesteding en Wlz pgb die bij minimaal 5 personen voorkomen**							
Hulp bij het huishouden	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo hulp bij het huishouden en Wlz pgb die bij minimaal 5 personen voorkomen**							
Vervoersdiensten	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo vervoersdiensten en Wlz pgb die bij minimaal 5 personen voorkomen**							
Woondiensten	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo woondiensten en Wlz pgb die bij minimaal 5 personen voorkomen**							
Persoonlijke verzorging	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo persoonlijke verzorging en Wlz pgb die bij minimaal 5 personen voorkomen**							
Overige maatwerkarrangementen	**NB Er zijn geen combinaties van Wmo overige maatwerkarrangementen en Wlz pgb die bij minimaal 5 personen voorkomen**							

Bijlage D – Top 10 specifieke combinaties Wmo en Wijkverpleging per Wmo categorie die bij minstens 5 personen voorkomen

Wmo categorie		Wmo code	ZiN/pgb	Wijkverpleging code	*Aantal personen*	*Totaal aantal weken*	*Gemiddeld aantal weken per persoon*
Begeleiding	1	H300 Begeleiding	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	20	613	30,6
	2	Dementieconsulent	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	18	449	24,9
	3	11 Begeleiding Basis	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	16	397	24,8
	4	12 Begeleiding Specialistisch	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	13	294	22,6
	5	H153 Gespecialiseerde begeleiding psy	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	13	248	19,1
	6	Dementieconsulent	ZiN	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	13	55	4,2
	7	12 Begeleiding Specialistisch	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	11	191	17,4
	8	H300 Begeleiding	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	10	178	17,8
	9	H300 Begeleiding	ZiN	Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk	8	25	3,1
	10	11 Begeleiding Basis	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	7	124	17,7
Dagbesteding	1	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	42	1697	40,4
	2	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	42	1365	32,5
	3	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	25	149	6
	4	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk	24	100	4,2

	5	H531 Dagactiviteit begeleiding basis	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	18	364	20,2
	6	31 Recreatieve dagbesteding	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	17	261	15,4
	7	31 Recreatieve dagbesteding	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	8	179	22,4
Hulp bij het huishouden	1	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	242	6487	26,8
	2	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	209	7499	35,9
	3	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	73	1256	17,2
	4	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	69	974	14,1
	5	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	52	2079	40
	6	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk	52	174	3,3
	7	HbH2 Huishoudelijke werkzaamheden met zorg	ZiN	Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk	36	124	3,4
	8	21 Hulp bij het huishouden 1	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	31	543	17,5
	9	22 Hulp bij het huishouden 2	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	30	796	26,5
	10	HbH1 Huishoudelijke werkzaamheden	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	28	651	23,2
Persoonlijke verzorging	1	H126 Persoonlijke verzorging	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	6	68	11,3
Vervoersvoorzieningen	1	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	38	1213	31,9
	2	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	38	1151	30,3
	3	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	29	744	25,7

	4	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	23	144	6,3
	5	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk	22	96	4,4
	6	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	16	249	15,6
	7	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	ZiN	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	14	247	17,6
	8	H803 Vervoer dagbesteding dagbehandeling V en V	Pgb	Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	5	223	44,6
	9	54 Vervoer dagbesteding	ZiN	Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen zorgvraag hebben	5	12	2,4
Woondiensten	1	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening		Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	21	688	32,8
	2	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening		Indicatiestelling en evaluatie voor PGB Verpleging en Verzorging	8	17	2,1
	3	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening		PGB informeel verzorging	7	503	71,9
	4	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening		PGB verpleging/verzorging declaraties via SVB	6	408	68
	5	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening		Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, korter dan 3 maanden	5	219	43,8
	6	Onderhoud/Keuring/Reparatie woonvoorziening		Belonen op maat wijkverpleging - prestatiebeloning zorg in de wijk	5	17	3,4
Overige maatwerkarrangementen	1	41 Arrangement dementie		Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (psychogeriatrisch / psychiatrisch)	9	162	18
	2	32 Ontwikkelingsgerichte dagbesteding		Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	5	112	22,4
	3	41 Arrangement dementie		Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken, langer dan 3 maanden (somatisch)	5	34	6,8

Bijlage E – Conversietabel producten 2018 naar producten 2019 gemeente [redacted]

Code	Product code ZiN	Product 2018	Nieuw product 2019
Begeleiding			
H300	02101	Begeleiding	1.1 indiv. begeleiding basis
H150	02102	Begeleiding extra	1.2 indiv. begeleiding specialistisch
H152	02103	Begeleiding NAH	1.2 indiv. begeleiding specialistisch
H153	02104	Begeleiding gespecialiseerd	1.2 indiv. begeleiding specialistisch
H305	02105	Begeleiding op afstand	Vervalt
Persoonlijke verzorging			
H126	03101	Persoonlijke verzorging (en begeleiding maaltijden)	1.1 indiv. begeleiding basis
H127	03102	Persoonlijke verzorging extra	Vervalt
H132	03103	Nachtverzorging	Vervalt
H136	03104	Persoonlijke verzorging zorg op afstand aanvullend	Vervalt
H137	03105	Persoonlijke verzorging farmaceutische telezorg	Vervalt
Hulp bij het huishouden			
HBH1	01101	Hulp bij het huishouden 1 [redacted]	2.1 HBH1 (geldt alleen voor [redacted]
HBH2	01102	Hulp bij het huishouden 2	2.2 HBH2
Vervoer			
H803	08102	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling V&V	5.4 vervoer dagbesteding
H990	08103	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GGZ	5.4 vervoer dagbesteding
H894	08104	Vervoer dagbesteding/dagbehandeling GHZ extramuraal	5.4 vervoer dagbesteding
H895	08105	Vervoer rolstoel extramuraal	5.5 vervoer dagbesteding rolstoel

ikz

informatie knooppunt zorgfraude

zorg met zorg beschermd

1. Over dit onderzoek

2. Belangrijkste bevindingen

3. Leeswijzer

4. Algemene indruk samenwerking

5. Pijler 1 - Gezamenlijke agenda

6. Pijler 2 - Gedeeld meetsysteem

7. Pijler 3 - Elkaar versterkende activiteiten

8. Pijler 4 - Continue communicatie

9. Pijler 5 - Backbone organisatie

10. Conclusies en aanbevelingen

11. Bijlage

Samenwerking rapport

Conceptversie

1. Over dit onderzoek

Aanleiding

Eind 2020 is een analyse opgeleverd over de samenwerking op het gebied van zorgfraude als één van de pijlers van het project 'Sturen op Effect'. Het project 'Sturen op Effect' is in 2021 overgedragen aan het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ). Het Bestuurlijk Overleg TIZ (BO TIZ) heeft, op basis van de rapportage, besloten dat de TIZ doorgaat met het meten van hoe de verschillende partijen met elkaar samenwerken op het gebied van zorgfraudebestrijding.

Doel

De doelstelling van het samenwerkingsdeel is om te komen tot een betere samenwerking voor en door alle TIZ-partners. Het doel van het onderzoek is:

Het evalueren van de samenwerking tussen ketenpartners en als vervolg hierop door de TIZ gesteunde verbeteracties in gang zetten en procesmatig begeleiden.

Het deelproject Samenwerking richt zich op zowel het evalueren en monitoren van de samenwerking, als op het identificeren van verbeterpunten en het procesmatig begeleiden van verbeteringen.

Samenwerkingsmodel

In het verleden heeft het programma Sturen op Effect een samenwerkingsmodel geïntroduceerd dat goed bruikbaar is als basis voor deze samenwerking: het Collective Impact Model (CIM). Dit model onderscheidt vijf pijlers die goed moeten zijn ingericht om de samenwerking tot een succes te maken: gezamenlijke agenda, meetinstrumenten, elkaar versterkende activiteiten, continue communicatie en een backbone. In 2022 heeft de TIZ ermee ingestemd om dit model inderdaad als basis te gebruiken, waarna het projectteam de vragenlijst voor de meting heeft gebaseerd op het

CIM. Naast het voorleggen van de vragenlijst heeft het projectteam ook eerdere documentatie van de samenwerking (visie en evaluatie TIZ, IKZ-werkprogramma, rapport Rekenkamer etc.) geanalyseerd en is er in maart 2023 een sessie gehouden om samenwerkingspartners gezamenlijk te laten benoemen hoe zij de gezamenlijke agenda van het samenwerkingsverband zien.

Scope van de samenwerking

In het onderzoek wordt met *samenwerking* nadrukkelijk alle vormen van samenwerking bedoeld: zowel bilaterale contacten, signaaldeling en eigen initiatieven waarbij partners betrokken worden als de meer 'gereguleerde' vormen van samenwerking zoals het deelnemen aan overleggroepen (IWO, TIZ) of projecten. De respondenten zijn gevraagd om in de enquête aan te geven met welke vormen van samenwerking zij zelf ervaringen hebben, aangezien hun antwoorden dan vooral op die vormen betrekking zullen hebben.

Respons

Een belangrijk aandachtspunt is dat de partners op verschillende niveaus betrokken worden bij de uitvraag, op uitvoerend/operationeel, beleidsmatig én bestuurlijk niveau. Het project richt zich immers op alle vormen van samenwerking binnen het domein zorgfraude, o.a. de samenwerking in IKZ-verband en die in TIZ-verband. Over de respons van het onderzoek kan het projectteam het volgende melden:

- De resultaten zijn niet weergegeven per individuele partner omdat er weinig organisaties waren waarvan het aantal respondenten hoger was dan vijf.
- Waar mogelijk zijn de resultaten uitgesplitst in operationele en beleidsmatige respondenten.
- Het bestuurlijk niveau kon, vanwege een laag aantal respondenten, niet apart worden weergegeven.
- Negen respondenten zijn op zowel operationeel als beleidsmatig niveau actief en hun antwoorden zijn bij beide groepen meegenomen.
- Tot slot is onderscheid gemaakt tussen resultaten inclusief en exclusief de gemeentelijke respondenten. Het aantal respondenten vanuit gemeenten was namelijk hoog (24 respondenten). Aangenomen is dat de resultaten vanuit die respondenten sterker dan bij andere respondenten zullen gaan over hun individuele ervaringen bij de signaaldeling of bilaterale initiatieven. Individuele gemeenten zijn minder betrokken bij de gremia van meer gereguleerde vormen van de samenwerking.

2. Belangrijkste bevindingen

De belangrijkste bevindingen van het onderzoek zijn als volgt:

- In de basis krijgt de samenwerking een voldoende (6+).
- De gezamenlijke agenda (probleembeschrijving, doelen, strategie en gedragsprincipes) is in de basis niet verkeerd, maar heeft nadere aan- en invulling nodig. Voorstel is om dit vooral per project of overleggroep te doen.
- Meetinstrumenten voor de voortgang zijn er niet echt, de vraag is of indicatoren mogelijk, wenselijk en/of nuttig zijn.
- Activiteiten versterken elkaar redelijk, maar er kan nog meer als partners elkaar beter kennen.
- De communicatie verloopt best goed, maar kan vooral beter in de onderlinge afstemming en feedback vragen en geven.
- Een backbone organisatie is er niet echt, zou nuttig zijn hiervoor te leren van bijvoorbeeld het Financieel Expertise Centrum (FEC).

Aanbevelingen

Naast de belangrijkste bevindingen, komen er uit het onderzoek aanbevelingen voor elke specifieke pijler van het samenwerkingsmodel om de samenwerking in de zorgfraudesector te verbeteren.

Pijler 1 - Gezamenlijke agenda

1. Maak en bespreek een duidelijke omschrijving van de rollen en taken van partners.
2. Haal boven water of doelen van partners van elkaar verschillen en waar ze elkaar aanvullen danwel conflicteren, vind common ground en maak werkafspraken met een duidelijk doel.
3. Herformuleer de generieke probleembeschrijving, doelstellingen, sleutelstrategieën en gedragsprincipes.

Pijler 2 - Gedeeld meetsysteem

4. Ga na of indicatoren nodig zijn om de voortgang te meten, eventueel per project/gremium of per organisatie/partner.

Pijler 3 - Elkaar versterkende activiteiten

5. Zorg dat iedereen beter op de hoogte is van elkaars activiteiten, dat helpt om meer 'voor het collectief te gaan' in plaats van vooral voor het organisatiebelang.
6. Voorzie alle activiteten/projecten van een actieplan met verwachtingen, resources en planning waarop gestuurd kan worden.
7. Zorg voor een beter afstemming tussen structuren zoals het IWO en de BG TIZ (daarbij rekening houdend met de verhoudingen na inwerkingtreding van de Wbsrz).

Pijler 4 - Doorlopende communicatie

8. Onderzoek waarom de communicatie tussen de lagen stokt: zit dat vooral in individuele organisaties (dus: tussen een IWO-lid en TIZ-lid binnen organisatie X) of in de organisatie van de samenwerking zelf (tussen het IWO en de TIZ)?
9. Zorg dat er meer feedback gevraagd wordt, bijvoorbeeld door elkaar beter te leren kennen.

Pijler 5 - Backbone organisatie

10. Leg vast wat er van een backbone verwacht wordt, zoals dit bij het FEC gebeurt.

3. Leeswijzer

Hieronder geven we aanvullende informatie om het rapport gemakkelijk te kunnen lezen. Daarbij lichten we ten eerste toe hoe het rapport is opgebouwd. Ten tweede geven we een toelichting op de gebruikte tabbladen in het rapport.

Opbouw rapport

Het rapport is opgebouwd uit de volgende hoofdstukken met resultaten:

- Algemene indruk samenwerking
- Pijler 1 – Gezamenlijke agenda
- Pijler 2 – Gedeeld meetsysteem
- Pijler 3 – Elkaar versterkende activiteiten
- Pijler 4 – Doorlopende communicatie
- Pijler 5 – Backbone organisatie

Tot slot bevat het rapport een hoofdstuk met conclusies en aanbevelingen.

Gebruik de inhoudsopgave links om door het rapport te navigeren. Per onderwerp worden de bevindingen middels grafieken geschetst en voorzien van duiding.

Informatie in kaders met een lichtblauwe achtergrondkleur wordt getoond met behulp van tabbladen.

3.1 Toelichting tabbladen

Bij elk hoofdstuk dat over een specifieke pijler gaat, vindt u verschillende tabbladen. De verschillende tabbladen bevatten de volgende informatie:

- Op de eerste tabblad *Samenvatting* vindt u het globale beeld van de resultaten van de stellingen die bij elke pijler van het samenwerkingsmodel zijn voorgelegd aan de respondenten.
- Op de tweede tabblad *Stellingen* staan de gestelde stellingen. We hebben hierbij alle stellingen positief geformuleerd, zodat de resultaten makkelijk te interpreteren zijn (positief of minder positief oordeel). In de oorspronkelijke vragenlijst waren de stellingen ter controle soms ook negatief geformuleerd ('We beschikken niet over …').
- Het derde tabblad *Resultaten* geeft de resultaten van alle respondenten voor de stellingen weer. De groene balkjes geven weer hoeveel procent van de respondenten positief was ten opzichte van de samenwerking bij de betreffende stelling, de rode balkjes laten zien hoeveel respondenten negatief scoorden voor die stelling.
- Op het vierde tabblad *Resultaten excl. gemeenten* staan nogmaals de resultaten per stelling maar nu zonder de scores van de gemeenten, dit omdat in verhouding veel gemeenten de vragenlijst hebben ingevuld (ongeveer 20).
- Op het laatste tabblad vindt u de *Toelichting* met informatie over welke stellingen zijn omgevormd en wat we met respondenten hebben gedaan die 'niet van toepassing' hebben ingevuld.

4. Algemene indruk samenwerking

Aan het begin van de vragenlijst stelden we de vraag: *Als u naar de samenwerking in het algemeen kijkt, binnen de gremia waar u actief bent, welk cijfer geeft u de samenwerking dan?* Gemiddeld waardeerden de respondenten die beleidsmatig in de samenwerking actief zijn, hun ervaringen met een 6,2. De operationele respondenten gaven de samenwerking een 6,5.

In de toelichting op de scores komen de volgende drie factoren nadrukkelijk naar voren:

- beperkte mogelijkheid om gegevens uit te wisselen o.a. vanwege AVG;
- de basis van de samenwerking is goed;
- moeilijkheden vanwege capaciteitsgebrek en personele wisselingen.

[redacted]
art 5.2

[redacted]
art 5.2

5. Pijler 1 - Gezamenlijke agenda

5.1 Theorie gezamenlijke agenda

Een succesvolle samenwerking start, volgens het samenwerkingsmodel CIM, met een aantal belangrijke afspraken:

1. een beschrijving van het probleem dat de aanleiding vormt voor de samenwerking;
2. duidelijke doelen die de samenwerkingspartners willen bereiken;
3. de sleutelstrategieën die de partners hanteren om hun doelen te bereiken;
4. gedragsprincipes die de partners met elkaar afspreken;
5. een methode bepalen om te meten hoe effectief de samenwerking is (zie pijler 2 voor de vragen hierover).

5.2 Resultaten gezamenlijke agenda

Samenvatting | Stellingen | Resultaten | Resultaten excl. gemeenten | Toelichting

Zowel de operationele als de beleidsmatige respondenten zijn in meerderheid positief over het beschikken over een gezamenlijke probleembeschrijving, over gezamenlijke doelen en over het steeds meer afstemmen van de eigen acties van partners op de gezamenlijke agenda van het samenwerkingsverband.

Kritischer zijn ze over de mate waarin de doelen van de partners onderling conflicteren, beleidsmatige respondenten zijn daarin kritischer dan operationele. Ook vinden vooral operationele respondenten dat er een duidelijke omschrijving van de rollen van de partners ontbreekt. Tot slot hebben vooral de beleidsmatige respondenten, ongeveer 6 op de 10, het idee dat er ook andere deelnemers nodig zijn om het gezamenlijk probleem op te lossen.

[redacted]
art 5.2

[redacted]
art 5.2

5.3 Open vragen gezamenlijke agenda

5.3.1 Probleembeschrijving

Voor eerdere documentatie[1], klik op het plusje

+

Veel respondenten antwoorden dat de probleemstelling uit de documenten het probleem in de zorgfraudebestrijding goed weergeeft. Een derde van de respondenten geeft aan dat de versnippering van informatie volledig aansluit bij het probleem dat de samenwerking wil oplossen. Meerdere respondenten geven aan dat de probleemstelling het probleem maar ten dele beschrijft.

Bij de probleembeschrijving missen de respondenten verschillende aspecten, voor hen gaat het probleem verder dan de informatiepositie van partijen (die door sommige respondenten niet meer als het meest urgent wordt ervaren).

Het gaat meer om:

1. Knelpunten in wet- en regelgeving die door de partijen worden ervaren als obstakels om echt effectief te kunnen samenwerken.
2. Een (acuut) belang om te handelen wordt gemist.
3. Respondenten missen ook de doorvertaling van de gezamenlijke aanpak naar de praktijk, denk hier bijvoorbeeld aan een protocol met stappen die behandeld dienen te worden bij een vermoeden van fraude. Daarbij zou het ook fijn zijn als het duidelijk is welke instantie bij welke casus leidend is. Er wordt geen concreet plan uitgewerkt, maar elke organisatie begint ieder voor zich. Hierbij kan je ook denken aan specifieke doelen voor individuele organisaties zodat zij de gezamenlijke doelen concreet vertalen naar hun eigen werkzaamheden.

5.3.2 Doelen

Voor eerdere documentatie[2] [3], klik op het plusje

+

Een aantal respondenten mist specifieke doelen, zoals het beschermen van burgers tegen zorgfraude en het beïnvloeden van wet- en regelgeving. Ook het benoemen van de inherente frauderisico's die momenteel in het stelsel zitten, is belangrijk. Zo kan de samenwerking risicogedreven werken.

De meetbaarheid van de doelen ontbreekt, aldus de respondenten. Door de doelen nader uit te werken met bijvoorbeeld concrete KPI's wordt zichtbaar waar de partners (hun rollen of inzet) uiteenlopen.

Tot slot is er behoefte om de doelen in deelprojecten uit te werken en ze daar ook echt meetbaar te maken, bijvoorbeeld middels de veelvuldig benoemde SMART techniek. Het over-all doel kan mogelijk korter en algemener zijn, conform bijvoorbeeld de Wbsrz: 'een efficiënte en zorgvuldige, op de praktijk gerichte bestrijding van fraude in de zorg'. Daarnaast wordt er ook opgemerkt dat de doelen alleen nuttig gaan zijn als er ook een consequentie zit aan het niet opvolgen van de doelen.

[redacted]

art 5.2

5.3.3. Sleutelstrategieën

Voor eerdere documentatie[4 5 6 7], klik op het plusje

+

Op de vraag of de respondenten meer of andere strategieën kennen, antwoorden ze vooral wat ze missen (vooral: concrete invulling). Er zou bijvoorbeeld gewerkt moeten worden aan een betere regievoering op interventies en op de afweging welk instrument wordt ingezet. Het delen en bespreken van signalen kan hier een belangrijke rol bij spelen.

Effectief en helpend zijn strategieën vooral als ze gekoppeld worden aan operationele knelpunten, aldus een aantal respondenten. Ook is een link met de individuele doelen en strategieën van partners nodig omdat die nog wel eens uiteenlopen met de gezamenlijke doelen. Tot slot is evalueren en geleerde lessen ter harte nemen een belangrijk punt om samen effectiever te worden.

Bij de vraag of de strategieën aangepast of uitgebreid moeten worden, wijzen meerdere respondenten op eerdere handhavingsstrategieën vanuit de TIZ in 2017 als goed voorbeeld. Daarnaast is er behoefte aan het verzamelen van de strategieën van de zelfstandige ketenpartners om die vervolgens naast de TIZ-strategie te leggen. Ook het concretiseren van de strategieën en ze ook daadwerkelijk terug te laten komen in verscheidene gremia zou nuttig zijn, aldus een aantal respondenten.

5.3.4. Gedragsprincipes

Voor eerdere documentatie [8 9], klik op het plusje

+

De meeste respondenten missen geen andere bestaande gedragsprincipes in bovenstaande tekst. Sommige missen enkele afspraken die in de TIZ zijn gemaakt, zoals elkaar aanspreken.

Op papier zijn de principes prima, in de praktijk voldoen ze niet echt. Op de volgende gebieden kan het gedrag in de samenwerking beter:

- Meer en beter communiceren;
- Begrip hebben voor elkaars positie, inclusief bewustzijn voor wat een partner wel of niet kan;
- Minder vrijblijvendheid in de samenwerking, kritischer uit- en aanspreken;
- De afstemming tussen uitvoering, beleidsniveau en bestuur kan beter, de afstand tussen met name de TIZ en de onderzoekspraktijk bemoeilijkt de samenwerking;
- Partners zouden, waar ze dat kunnen, ook daadwerkelijk moeten ‘leveren’.

Daarnaast is de vraag wat ervoor nodig is om de afgesproken principes in de praktijk daadwerkelijk te laten werken. Voorbeeld: in de tekst staat iets over ‘collectief verantwoordelijk’, maar in de praktijk telt vooral het eigen belang als het spannend wordt, aldus een respondent.

Over het nut van aanvullende afspraken hierover zijn de respondenten verdeeld. Waar de één concrete suggesties doet voor afspraken, zegt de ander dat meer afspraken het verschil niet gaan maken omdat het draait om de beschikbaarheid van capaciteit in de uitvoering. Die capaciteit moet voldoende zijn om feitelijk met elkaar in sectoren aan de slag te gaan.

Suggesties die worden gedaan, sluiten goed aan bij de hierboven genoemde punten. Het gaat ook om ‘algemene spelregels’: hoe gaan we met elkaar om, wie beslist wat, wie voert de regie, hoe spreken we elkaar aan op zaken die niet worden nagekomen?

Wel zijn er grote verschillen tussen de overleggen. Zo wordt er geopperd dat het elkaar aanspreken in het BO niet echt gebeurt en dat dit bij de BG beter gaat. Een ander geeft aan: veel kritischer en directer naar elkaar uitspreken wat de wensen, suggesties en bezwaren zijn, met name bij het BO.

6. Pijler 2 - Gedeeld meetsysteem

6.1 Theorie gedeeld meetsysteem

Het is belangrijk om binnen het samenwerkingsverband een gezamenlijke methode te hebben om resultaten te meten. Volgens het CIM zouden alle partijen binnen het samenwerkingsverband idealiter over een gedeelde (beknopte) lijst van overeengekomen indicatoren moeten beschikken. Scores van individuele partijen op de overeengekomen indicatoren zouden gedeeld moeten worden met alle partners om elkaar aan te spreken als resultaten achterblijven.

6.2 Resultaten gedeeld meetsysteem

Samenvatting | Stellingen | Resultaten | Resultaten excl. gemeenten | Toelichting

Over het algemeen zijn zowel de operationele als beleidsmatige respondenten van mening dat er in de samenwerking weinig sprake is van een gedeeld meetsysteem, gezien de negatieve scores op de stellingen. Veelal zijn de operationele deelnemers hierover negatiever dan de beleidsmatige. De resultaten zijn nog kritischer als we de antwoorden van de gemeenten eruit halen. Alleen bij de stellingen 1 en 4 (*Gezamenlijke resultaten* en *Resultaten bekijken*) is er ook een groep van 30/40% (excl. gemeenten) die het hiermee eens is.

Bij de toelichting op de scores geven respondenten aan dat er weinig gestructureerd wordt gemeten, daarnaast is niet elke partij overtuigd dat er gezamenlijke indicatoren nodig zijn om resultaten te meten. Het gevoel overheerst dat de noemenswaardige resultaten van de samenwerking vaak op individueel organisatieniveau zijn te benoemen en niet vanuit het samenwerkingsverband.

[redacted]

art 5.2

6.3 Open vragen gedeeld meetsysteem

Voor eerdere documentatie [10] [11] [12], klik op het plusje

Op de vraag of de respondenten ook andere afspraken omtrent een gedeeld meetsysteem kennen, antwoorden ze het project *Sturen op Effect* (SoE) en de daaruit voortgekomen rapportages *Fraudebestendigheid* en *Handhavingsdruk*. Daarnaast benoemen ze ook de TIZ evaluaties en project Excel lijsten en de evalutaties van de casustafels door het IKZ.

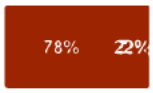
Ook individuele meetsystemen van partners zijn benoemd, zoals de jaarrapportage van de NLA, periodieke rapportages van de IGJ en de monitoring van multidisciplinaire onderzoeken vanuit de *Stuur- en Weegploeg Zorg* (SWP). Een gezamenlijk meetsysteem ontbreekt, de ontbrekende uniformiteit van registreren is een probleem voor gezamenlijke resultaten en ook niet meetbare gezamenlijke doelen. Sommige respondenten twijfelen bovendien aan de toegevoegde waarde van gezamenlijke indicatoren.

Afspraken over benodigde meetgegevens

Het gros van de respondenten antwoordt dat er geen afspraken gemaakt zijn over welke gegevens er nodig zijn om de gegevens te meten. Deze respondenten zien daar een meerwaarde in. Het aantal interventies, de soort en het resultaat van de interventie zijn nodig om successen van de samenwerking zichtbaar te maken. Een minimale set aan indicatoren zou het startpunt moeten zijn. Andere respondenten geven aan dat de verwachting is dat er meer binnen de samenwerking inzichtelijk gemaakt kan worden als de Wbsrz van kracht wordt. De verwachting is dat als de Wbsrz in werking treed een groter deel van de signalen die bij de parters bekend zijn worden gedeeld.

Voorbeelden van samenwerkingsactiviteiten waarin wel afspraken zijn gemaakt over welke gegevens nodig zijn voor het meten van de voortgang zijn de SWP Zorg, de TIZ (Excel lijsten van projecten en de Effectenbrief), ZN-rapportages en het IWO.

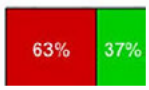
Processen ingeregeld voor voortgang



Bijna driekwart van de respondenten geeft aan dat er geen processen zijn ingeregeld om de verzamelde gegevens te gebruiken om elkaar aan te spreken op de voortgang van projecten. Processen zijn gestart om dit te verbeteren, bijvoorbeeld voor wijkverpleging of via Vecozo. Wensen zijn het inzichtelijk maken van toezichtscapaciteit bij partners en om partners aan te kunnen spreken op verantwoordelijkheid en daaraan ook consequenties kunnen en mogen verbinden.

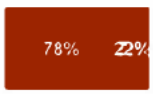
Sommige samenwerkingsactiviteiten worden afzonderlijk genoemd als activiteiten waar dit wel geregeld is, zoals het IWO en SoE. Tegelijkertijd wordt aangestipt dat er bij SoE binnen de BG TIZ geen inhoudelijke gesprek is gevoerd over de bijdrage van alle individuele partners.

Genoeg data voor koerswijziging



Zes van de tien respondenten geeft aan dat er niet genoeg data verzameld wordt op basis waarvan een koerswijziging kan worden ingezet. Daarvoor wordt er te weinig informatie op een structurele en toegevoegde manier bij elkaar gebracht. Het roept ook de vraag op wat er meetbaar is en wie de verantwoordelijkheid draagt, is dat de TIZ of een individuele TIZ partner.

Online tool



Acht op de tien respondenten geeft aan dat de resultaten van het gezamenlijke meetproces niet in een online tool in kaart gebracht kan worden. Op de vraag of het wenselijk zou zijn en of er gebruik van gemaakt zou worden, geeft men aan dat het afhankelijk is van de behoefte en het project. Het

zou aanvullend kunnen zijn als je bij de online tool ook echt kan zien waar het spaak loopt, bv. in de capaciteit, aanlevering van signalen of bij het vooronderzoek. De conclusie is dat de data nog niet voldoende is om ook daadwerkelijk een nuttige online tool te kunnen leveren.

7. Pijler 3 - Elkaar versterkende activiteiten

7.1 Theorie elkaar versterkende activiteiten

De kern van een samenwerkingsverband wordt gevormd door een groep belanghebbenden die met elkaar samenwerken. Belangrijk is hierbij niet te eisen dat alle deelnemers hetzelfde doen, maar juist elke partner aan te moedigen om de specifieke activiteiten uit te voeren die horen bij de eigen rol. De inspanningen van elke partner moeten passen in een overkoepelend plan om hun gezamenlijke inspanningen te laten slagen. Zo kan elke partner z'n werk beter doen dankzij de inspanningen van anderen en zo versterken de deelnemers elkaar. Zorgfraude kan immers niet succesvol worden aangepakt door ongecoördineerde acties tussen geïsoleerde organisaties.

7.2 Resultaten elkaar versterkende activiteiten

Samenvatting | Stellingen | Resultaten | Resultaten excl. gemeenten | Toelichting

Met meer dan de helft van de stellingen over de elkaar versterkende activiteiten zijn zowel de beleidsmatige groep als operationele groep positief gestemd. Het is gemakkelijk om activiteiten te initiëren, activiteiten worden gericht ingezet om doelen te behalen, men ondersteunt elkaars activiteiten en over het algemeen is er de ervaring dat werk beter gedaan kan worden vanwege de acties van andere organisaties. Hierbij valt op dat de operationele respondenten wat positiever zijn over de ondersteuning en het gemakkelijk initiëren van activiteiten, terwijl de beleidsmatige respondenten juist meer ervaren dat doelen worden behaald en acties beter kunnen worden uitgevoerd vanwege de acties van anderen.

Over de stellingen *Inspanningen in lijn*, *Betrokkenheid* en *Aanvullen* zijn de antwoorden voornamelijk negatief. Inspanningen van sommige samenwerkingspartners zijn juist niet in lijn met de algemene verwachting van het samenwerkingsverband, niet alle partners zijn even betrokken bij het samenwerkingsverband en acties worden niet altijd als aanvullend gezien op de acties van anderen.

Uit de toelichting op de scores blijkt dat partners vaak niet op de hoogte zijn van elkaars activiteiten, dit hangt teveel van persoonlijke relaties af. Het blijft moeilijk om over het eigen organisatiebelang heen te stappen. De gezamenlijke agenda wijkt uiteindelijk voor de organisatie specifieke agenda.

[redacted]

art 5.2

7.3 Open vragen elkaar versterkende activiteiten

Voor eerdere documentatie [13] [14] [15] [16] [17], klik op het plusje

Actieplan

Een deel van de respondenten geeft aan dat de samenwerkingsactiviteiten waaraan zij deelnemen een actieplan hebben waarbij duidelijk de acties per partner beschreven staan. Deze respondenten noemen als succesvolle samenwerkingsactiviteiten het IWO en de TIZ projecten. Het is vaak wel duidelijk welke partij de regie voert, maar resultaten, resources en planning worden niet altijd vastgelegd.

De groep die aangeeft dat er geen actieplannen zijn, mist duidelijke afspraken over wat men van elkaar mag verwachten. Welke informatie waar ligt en wat elke partij daar specifiek mee kan, is onduidelijk en als informatie op de goede plek belandt, berust dit regelmatig op toeval.

Over de begeleiding van acties door specifieke organisaties en of structuren

De begeleiding van IKZ casustafels door de IKZ coördinator wordt als goed beoordeeld. Respondenten zijn ook positief over het aanwijzen van een kartrekker voor een TIZ project, hoewel het soms ook belemmerend kan werken als blijkt dat er niet genoeg kennis in huis is bij de betreffende kartrekker. Knelpunten van werkgroepen en structuren zitten met name in de tijd die de groepen kwijt zijn aan afstemming van concrete plannen waar elke partij zich in kan vinden. Daardoor duurt de verkenningsfase van een project lang.

Duidelijk doel

De meerderheid van de respondenten geeft aan dat de doelen voor de eigen organisatie voor de samenwerking helder zijn. Deze worden op verschillende momenten gedeeld, o.a. in TIZ verband. Dit varieert van *inzetten op preventie om de cirkel van preventie, toegang tot bestraffen rond te maken* tot meetbare doelen als *16-20 strafzaken per jaar*. De minderheid die aangeeft dat doelen niet helder zijn, geeft aan dat juridische en praktische barrières aanwezig zijn waardoor doelen niet kunnen worden vastgesteld.

Er mist sturing op doelen bijvoorbeeld vanuit een concreet (jaarlijks) plan voor prioriteiten in de samenwerking.

Rol structuren in ondersteuning gezamenlijke agenda helder

De verschillende structuren, zoals het IWO en de BG TIZ, ervaren ‘de werkvloer’ verschillend waardoor ideeën niet altijd goed landen. De afstemming tussen deze structuren kan beter. De Leercirkel zou bijvoorbeeld kunnen bijdragen aan de onderwerpen voor de TIZ agenda. Bij elk gremium blijft het zoeken naar wie wat doet en kan. Bij deze vraag komt overigens het IWO (wederom) als succesvol voorbeeld naar voren.

Eigen acties aangepast op gezamenlijk actieplan

De beslissingen die in de samenwerkingsstructuren zoals de BG TIZ en het IWO worden genomen, hebben direct een impact op de processen bij de individuele partners. Structuren van sommige interne werkgroepen bij individuele partners zijn aangepast aan het overkoepelende overleg. Dossiers die gezamenlijk opgepakt worden, krijgen prioriteit bij de partners. De respondenten die bij deze vraag ‘nee’ hebben ingevuld, geven aan dat het gezamenlijk actieplan niet aanwezig is en eigen acties dus niet naar aanleiding daarvan aangepast kunnen worden.

20. [redacted]

[redacted]

art 5.2

8. Pijler 4 - Continue communicatie

8.1 Theorie continue communicatie

Als er eenmaal een kader is afgesproken waarbinnen de activiteiten moeten plaatsvinden (agenda, meetinstrumenten en activiteiten) is er vervolgens consistente en open communicatie nodig tussen de partners. Hiermee bouwen ze vertrouwen op en ontstaat er gemeenschappelijke motivatie om de doelen te behalen en elkaar te versterken. Zo zouden partners regelmatig bij elkaar moeten komen om de inspanningen en effecten te bespreken.

8.2 Resultaten continue communicatie

Samenvatting | Stellingen | Resultaten | Resultaten excl. gemeenten | Toelichting

Wat betreft continue communicatie is het grootste gedeelte van de respondenten positief over de samenwerking. Er wordt volop tijd geïnvesteerd in de samenwerking en er is regelmatig contact tussen de verschillende partijen. Er is ruimte om verschillende meningen te hebben en twijfels, indien deze er zijn, te verkondigen. De stellingen *Eerlijk en open*, *Sterke communicatie* en *Voldoende communicatie* zijn relatief vaak beantwoord met 'niet van toepassing'. Daarnaast zijn er, voor deze stellingen, ongeveer evenveel negatieve als positieve antwoorden. De operationele respondenten laten een opvallend verdeeld beeld zien bij de laatste stelling over *Voldoende communicatie*: een even groot deel is het er 'helemaal mee eens' als 'helemaal mee oneens'.

Als we naar de scores kijken zonder de gemeenten is er zelfs een nog iets positiever beeld over de continue communicatie zichtbaar. Bij dezelfde drie stellingen als bij het totaal beeld blijft een ongeveer even grote groep een negatief als positief antwoord geven.

In de toelichting op de scores worden er manieren genoemd voor de verschillende partijen om dichterbij elkaar te komen, bijvoorbeeld door bilaterale overleggen. Ook benoemen de respondenten dat de onderlinge communicatie met name stokt tussen de verschillende lagen, waarbij het niet duidelijk is of dit intern een probleem is of binnen het samenwerkingsverband.

20. [redacted]

[redacted]

art 5.2

8.3 Open vragen communicatie

Voor eerdere documentatie [18] [19] [20] [21], klik op het plusje

+

Feedback vragen

De meeste respondenten geven aan dat er over het algemeen geen feedback wordt gevraagd van partners. Het gevoel heerst dat dit voortkomt uit het feit dat de partners elkaar niet allemaal even goed kennen en dat zij onvoldoende weten wat er nu eigenlijk exact mogelijk is in de samenwerking. Respondenten menen verder dat dit samenhangt met het ontbreken van gezamenlijk eigenaarschap en vertrouwen. Waar wel om feedback gevraagd wordt, lijkt dit vooral te gebeuren na uitvoering van een gezamenlijk onderzoek of wanneer de uitkomst van een onderzoek van belang is voor andere partijen.

Afstemming tussen partners

Afstemming vindt hoofdzakelijk telefonisch of bilateraal plaats. De afstemming verschilt bovendien per samenwerkingsgremium. Zo wordt de Stuur- en Weegploeg Zorg (SWP) aangedragen als een gremium waarin veel afstemming plaatsvindt.

Contact met andere organisaties

Contact is (te) vaak persoonsafhankelijk. Er is veel contact en mensen zijn makkelijk te bereiken. Het veld is divers en groot en contact met elke individuele speler is niet altijd mogelijk. Daarnaast heerst het gevoel dat de partners niet altijd ruimte hebben om mensen voltijds op het zorgfraudedossier te zetten. Gemeenten geven aan dat er meer contact met verschillende partijen gewenst is, zoals bijvoorbeeld het RIEC, UWV, zorgkantoren, IGJ etc.

9. Pijler 5 - Backbone organisatie

9.1 Theorie backbone organisatie

De 'backbone' vormt in het CIM de verbindende factor tussen alle verschillende pijlers. De backbone is de spin in het web, de ruggengraat van de samenwerking en heeft dus onder meer een coördinerende functie. De backbone versterkt daarnaast ook de communicatie tussen de partners, zorgt voor coördinatie bij dataverzameling en analyseert. Tot slot verzorgt de backbone ook de externe communicatie en gaat op zoek naar draagvlak bij de partners. Hierdoor is het goed organiseren van de backbone cruciaal voor het slagen van de samenwerking.

9.2 Resultaten backbone

Samenvatting | Stellingen | Resultaten | Resultaten excl. gemeenten | Toelichting

Bij de stellingen omtrent de backbone-organisatie is het heel duidelijk dat veel mensen vinden dat de vragen niet van toepassing zijn omdat er geen aangewezen backbone is. Een groot deel van de ondervraagden geeft dan ook aan dat ze het niet eens zijn met de stelling dat er een aparte backbone-organisatie is. Op de stelling *Soepel overleggen* antwoord het grootste deel van beide groepen positief; de backbone zorgt ervoor dat overleggen soepel verlopen.

Als we naar de resultaten per stelling kijken zonder de gemeenten zien we een positiever beeld over de backbone. Gemiddeld zijn de operationele respondenten positiever over de backbone dan de beleidsmatige.

Uit de toelichting op de scores blijkt dat er geen echte backbone aan te wijzen is bij het samenwerkingsverband. Dat hangt van het overleg af wie dat is, bijvoorbeeld VWS of het IKZ. Er wordt door meerdere respondenten geopperd dat deze rol voor het IKZ zou kunnen zijn, maar dat die rol dan wel door de andere partners gegund en gerespecteerd dient te worden.

9.3 Open vragen backbone

Voor eerdere documentatie [22] [23], klik op het plusje

+

Aanwezigheid backbone organisatie

Het merendeel van de respondenten geeft aan dat het samenwerkingsverband geen backbone organisatie heeft. De respondenten die positief hebben geantwoord, geven een range aan verschillende organisaties als backbone aan. Het grootste deel geeft aan dat dit het IKZ is (13 respondenten), verder worden andere organisaties (bv. VWS, ZN) sporadisch als backbone aangewezen.

[redacted]

art 5.2

Op de vraag of de diensten van de backbone-organisatie de eigen werkzaamheden vergemakkelijken variëren de antwoorden. Sommige organisaties geven aan dat er te weinig ruimte is geweest voor algemene onderwerpen, vanwege het feit dat de gesprekken veelal over de oprichting van de stichting gingen. Sommige respondenten geven aan met name de rapportages vanuit Onderzoek en Analyse nuttig te vinden voor hun werkzaamheden.

Er is sowieso behoefte aan het vastleggen van de concrete rol die de backbone dient te vervullen. Hierbij wordt geopperd om te kijken naar vergelijkbare backbones bij andere beleidsvelden, zoals de het Financieel Expertise Centrum (FEC) of het Centrum Bestrijding Verzekeringscriminaliteit (CBV).

10. Conclusies en aanbevelingen

De basis van de samenwerking is goed, zo oordelen de respondenten van deze enquête. Zij geven de samenwerking, ondanks de beperkingen wegens capaciteitsproblemen en de grenzen aan de mogelijkheid om gegevens uit te wisselen, toch een voldoende: 6,2 (beleidsmatig) en 6,5 (operationeel).

Pijler 1 Gezamenlijke agenda (probleembeschrijving, doelen, strategieën en gedragsprincipes)

De respondenten herkennen zich in de huidige **probleembeschrijving**: geen van de partijen heeft een volledig beeld, waardoor fraude onopgemerkt, onderschat of onvoldoende aangepakt wordt. In aanvulling hierop opperen de respondenten dat ook knelpunten in wet- en regelgeving en de kwetsbaarheid van burgers bij zorgfraude onderdeel moeten zijn van de probleembeschrijving.

Bij de **doelen** zijn de respondenten positief over de huidige doelen: integere zorg, aanpakken fouten en fraude en krachten bundelen. Ook hier missen zij echter het beschermen van kwetsbare burgers en het beïnvloeden van wet- en regelgeving. Tot slot zou het de samenwerking helpen als de doelen concreter worden gemaakt, al kan dat ook in de vorm van een doorvertaling van deze doelen naar individuele projecten of overleggroepen. Mogelijk kunnen zij beter daar SMART gemaakt worden.

Overigens is ook de relatie tussen de doelen van individuele partners en die van het samenwerkingsverband herhaaldelijk aangehaald. Hoe verhouden deze zich tot elkaar? Zit hier mogelijk een barrière in de samenwerking?

De huidige **strategie** (gerichte aanpak per deelsector, aanpak baseren op gebundelde informatie) is niet verkeerd, maar mist voor de respondenten concrete invulling. De strategie is vooral effectief als deze is gekoppeld aan operationele knelpunten, aldus de respondenten. En net als bij de doelen, is afstemming van de gezamenlijke strategie met die van de individuele partners noodzakelijk. De hoofdboodschap is hier: concretiseren, bottom up invullen en goed matchen met de individuele partners.

De **gedragsprincipes** die nu zijn vastgelegd (verwachtingen duidelijk maken, collectief verantwoordelijkheidsgevoel en elkaar aanspreken) zijn op zich akkoord, maar voldoen niet in de praktijk. Het gedrag kan op verschillende terreinen beter, zoals meer begrip voor elkaar, minder vrijblijvendheid, betere afstemming beleid-uitvoering en een ‘leverplicht’ waar je dat wel kunt. Tegelijk plaatsen sommige respondenten ook vraagtekens bij het maken van deze afspraken, omdat de beschikbare capaciteit uiteindelijk vaak toch leidend is bij de inzet van partners.

Aanbevelingen pijler 1

1. Maak en bespreek een duidelijke omschrijving van de rollen en taken van partners.
2. Haal boven water of doelen van partners van elkaar verschillen en waar ze elkaar aanvullen danwel conflicteren, vind common ground en maak werkafspraken met een duidelijk doel.
3. Herformuleer de generieke probleembeschrijving, doelstellingen, sleutelstrategieën en gedragsprincipes (Zie voor suggesties vanuit de enquête en sessie in maart 2023 bijlage 1).

Pijler 2 Gedeeld meetsysteem

Het ontbreekt het samenwerkingsverband aan meetinstrumenten om de voortgang in kaart te brengen. Hierover zijn zowel de beleidsmatige als de operationele respondenten het eens, al zijn de beleidsmatige collega’s er iets positiever over. Goed om hierin mee te nemen, is het feit dat niet alle partners ervan overtuigd zijn dat gezamenlijke indicatoren hiervoor zinvol zijn. In hun visie is het effect van de samenwerking vooral individueel meetbaar en niet zozeer collectief. Als gezamenlijke gegevens in de toekomst inzicht zouden kunnen bieden in specifieke problematiek waarom een casus niet wordt opgepakt, zoals door gebrek aan capaciteit, beperkte aanlevering of problemen bij het vooronderzoek, dan zou het wel een doel kunnen dienen. Maar voorlopig is dit toekomstmuziek.

Aanbeveling pijler 2

4. Ga na of indicatoren nodig zijn om de voortgang te meten, eventueel per project/gremium of per organisatie/partner.

Pijler 3 Elkaar versterkende activiteiten

De eigen activiteiten van de verschillende partners passen redelijk goed in het overkoepelende plan om de gezamenlijke inspanningen te laten slagen. Ook versterken activiteiten van de ene partner die van de andere partner. Vooral de beleidsmatige respondenten ervaren dit zo. De operationele collega's zijn juist positiever over de ondersteuning en het gemakkelijk kunnen initiëren van activiteiten.

De respondenten lopen wel aan tegen het verschil in betrokkenheid van de samenwerkingspartners en de moeite die er is om over het eigen organisatiebelang heen te stappen. Men weet ook niet goed wat men van elkaar mag verwachten, mede door het ontbreken van actieplannen. De verschillende structuren, zoals het IWO en de BG TIZ, ervaren 'de werkvloer' verschillend waardoor ideeën niet altijd goed landen. De afstemming tussen deze structuren kan beter.

Positief zijn de respondenten ten slotte over de duidelijkheid van de doelen die de eigen organisatie heeft voor het samenwerkingsverband. Ook hebben sommigen de eigen werkwijze aangepast op het overkoepelend overleg en krijgen gezamenlijke dossiers ook individueel meer prioriteit.

Aanbevelingen pijler 3

5. Zorg dat iedereen beter op de hoogte is van elkaars activiteiten, dat helpt om meer 'voor het collectief te gaan' in plaats van vooral het organisatiebelang.
6. Voorzie alle activiteiten/projecten van een actieplan met verwachtingen, resources en planning waarop gestuurd kan worden.
7. Zorg voor een beter afstemming tussen structuren zoals het IWO en de BG TIZ (daarbij rekening houdend met de verhoudingen na inwerkingtreding van de Wbsrz).

Pijler 4 Doorlopende communicatie

Het oordeel over de communicatie is overwegend positief. Er wordt volop tijd geïnvesteerd in de samenwerking en er is regelmatig contact tussen de verschillende partijen. Er is ruimte om verschillende meningen te hebben en twijfels, indien deze er zijn, te verkondigen. Een kritische noot is dat niet altijd iedereen op de hoogte is van de belangrijke zaken en dat er veel afhankelijk is van persoonlijke relaties. De onderlinge communicatie lijkt met name te stokken tussen de verschillende lagen, waarbij het niet duidelijk is of dit ligt aan interne communicatie bij de partners of een probleem is binnen het samenwerkingsverband.

Feedback vragen lijkt overigens weinig of niet te gebeuren, wat voort lijkt te vloeien uit het feit dat partners elkaar niet allemaal even goed kennen en de mogelijkheden van partners niet altijd duidelijk zijn.

Aanbevelingen pijler 4

8. Onderzoek waarom de communicatie tussen de lagen stokt: zit dat vooral in individuele organisaties (dus: tussen een IWO-lid en TIZ-lid binnen organisatie X) of in de organisatie van de samenwerking zelf (tussen het IWO en de TIZ)?
9. Zorg dat er meer feedback gevraagd wordt, bijvoorbeeld door elkaar beter te leren kennen.

Pijler 5 Backbone organisatie

Er is geen aangewezen backbone binnen het samenwerkingsverband. Als de respondenten wel het idee hebben dat er backbone is, wordt het IKZ het vaakst genoemd als backbone organisatie, naast soms ook VWS of ZN. Er is behoefte aan het vastleggen van de concrete rol die de backbone dient te vervullen, waarbij het samenwerkingsverband zou kunnen kijken naar de ervaringen hiermee bij het FEC.

Aanbeveling pijler 5

10. Leg vast wat er van een backbone verwacht wordt, zoals dit bij het FEC gebeurt.

11. Bijlage

Klik op onderstaande knop om de bijlage uit te klappen.

TOON BIJLAGE

---

1. Missie en visie van de Stichting IKZ↩
2. Visie op handhaving in de zorg, 2017↩
3. Missie en visie van de Stichting IKZ↩
4. Visie op handhaving in de zorg, 2017↩
5. Programma Rechtmatige Zorg. Aanpak van fouten en fraude 2018-2021↩
6. Evaluatie TIZ, 2021↩
7. Een zorgelijk gebrek aan daadkracht, Algemene Rekenkamer rapport 2022↩
8. Visie op handhaving in de zorg, 2017↩
9. Evaluatie TIZ, 2021↩
10. Evaluatie TIZ, 2021↩
11. Een zorgelijk gebrek aan daadkracht, Algemene Rekenkamer rapport 2022↩
12. Werkplan IKZ 2022↩
13. Visie op handhaving in de zorg, 2017↩
14. Evaluatie TIZ 2021↩
15. Een zorgelijk gebrek aan daadkracht, Algemene Rekenkamer rapport 2022↩
16. Communicatietraject TIZ 2020↩
17. Werkgroep 1 Prioritering IKZ 2020↩
18. Evaluatie TIZ 2021↩
19. Een zorgelijk gebrek aan daadkracht, Algemene Rekenkamer rapport 2022↩
20. Evaluatie IKZ↩
21. Werkgroep 1 Prioritering IKZ 2020↩
22. Evaluatie TIZ 2021↩
23. Een zorgelijk gebrek aan daadkracht, Algemene Rekenkamer rapport 2022↩

Doorstarts van bedrijven in de zorg

Tussenrapportage eerste analyses

ikz
informatie knooppunt zorgfraude
zorg met zorg beschermd

1. Inleiding

1.1 Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, werkt het IKZ aan de aanpak en afhandeling van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners[1], zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt en voorkomen. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kijken we vanuit verschillende invalshoeken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, gemeenten, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over een adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.2 Aanleiding en achtergrond

Vanuit de IGJ is het verzoek gekomen om een verkennend onderzoek op te zetten in de IKZ signalen naar zorgaanbieders die zijn opgehouden te bestaan, bijvoorbeeld door een faillissement of turboliquidatie, en vervolgens weer, onder een andere naam, terugkomen op de markt. Tegelijkertijd is er tijdens het IWO (Integraal Wegingsoverleg van het IKZ) dezelfde problematiek aangekaart, omdat meerdere signalen zijn aangedragen die gelinkt konden worden aan oude zorgaanbieders (bijvoorbeeld omdat bestuurders bekend waren). Ook in de signaleringsbrief van 2020 is aangekaart dat het voor eigenaars van zorgbedrijven eenvoudig is om een zorgbedrijf failliet te laten gaan of te liquideren en de zorgactiviteiten vanuit een nieuwe zorgonderneming voort te zetten.

Het IKZ heeft een vooronderzoek opgezet waar een tiental signalen (periode januari 2019 tot juli 2020), aangevuld met informatie uit het verzamelpunt zorgfraude en openbare bronnen, zijn geanalyseerd. Bij deze zorgfraude signalen ging het om een zorgaanbieder die vergelijkbare bestuurders en/of cliënten had als een oude opgeheven zorgaanbieder, waarvan ook zorgfraude signalen bekend waren. Het betreft een kleine selectie signalen, waardoor er geen generaliserende uitspraken gedaan kunnen worden. Dit was dan ook niet het doel van het vooronderzoek. Het doel van het vooronderzoek was – waar mogelijk - tot een aantal kenmerken van deze zorgaanbieders te komen, zoals de kenmerken van de betrokken natuurlijke en rechtspersonen.

De algemene kenmerken van zorgbedrijven die opgeheven waren (bv. door middel van een faillissement of (turbo)liquidatie) en middels een andere zorgbedrijf weer zorg gingen leveren waren:

- De nieuwe zorgaanbieder heeft vaak een andere rechtsvorm dan de oude zorgaanbieder (o.a. stichting, B.V., éénmanszaak);
- Familieleden of (ex)medewerkers worden opgevoerd als bestuurders. Vaak blijkt ook, via een holding constructie, dezelfde bestuurder verantwoordelijk te zijn voor de eenmanszaak alsook voor de bv en de holding.

Naar aanleiding van het vooronderzoek hebben we de problematiek nader verkend met verschillende partners (NZa, IGJ en Belastingdienst). De partners herkennen de problematiek waarbij bestuurders, waarvan signalen van zorgfraude bekend zijn, het ene zorgbedrijf opheffen en middels een nieuw rechtspersoon van een nieuwe zorgaanbieder weer zorg gaan leveren. De NZa heeft aangegeven dat nader onderzoek door het IKZ goed aan kan sluiten op het fenomeenonderzoek complexe

[1] Onze partners zijn: NZa, VNG, CIZ, NLA, OM, IGJ, ZN, Belastingdienst en FIOD

zorgstructuren, waarbij gekeken werd naar het proces van oprichting tot het opheffen van een zorgonderneming. Tevens is het voor het duiden van de problematiek van belang om te kijken of we kunnen kwantificeren hoe vaak het voorkomt dat malafide zorgaanbieders ophouden te bestaan en vervolgens middels een nieuwe rechtspersoon en onder een andere naam terugkeren op de zorgmarkt.

Alle ondervraagde partners hebben aangegeven weinig zicht te hebben op de daadwerkelijke omvang van het fenomeen en de kenmerken van de betrokken zorgaanbieders. Daar willen we door middel van dit onderzoek een antwoord op geven.

1.3 Omschrijving problematiek

Een doorstart is geen juridische term. Het komt dus niet voor in wetgeving. Bij een doorstart gaat een onderneming vaak verder in afgeslankte vorm. Een voorbeeld hiervan is bijvoorbeeld dat de gezonde delen van een onderneming worden overgeheveld naar een nieuwe of andere rechtspersoon en deze verder gaat met de eerdere activiteiten. Op die manier kan voorkomen worden dat de financieel gezonde delen van een onderneming worden meegetrokken in het faillissement of opheffing van de ongezonde delen. De oude rechtspersoon met de ongezonde delen wordt vervolgens beëindigd.

Het gebruik van een doorstart hoeft niet frauduleus te zijn. Het is een manier van herstructurering van een bedrijf. Onze partners in de zorgfraudebestrijding zien echter dat er in de zorg gebruik wordt gemaakt van een doorstart om, bijvoorbeeld, aanwijzingen te ontwijken of boetes te ontwijken.

Bij gebrek aan een gedefinieerd standaard begrip *Doorstarts*, vullen de partijen dit begrip zelf in. De definitie van misbruik van doorstarts verschilt daardoor van partij tot partij. Dit soort problematiek zou breder gezien moeten worden als een vorm van misbruik van een rechtspersoon.[2] In dit onderzoek kunnen we geen onderscheid maken tussen het gebruik van een doorstart om legitieme of frauduleuze redenen.

2. Doel en vraagstelling

2.1 Doel van het onderzoek

Dit onderzoek heeft tot doel om de omvang en aard van doorstarts binnen het zorgdomein in kaart te brengen.

2.2 Onderzoeksvragen

We onderscheiden binnen deze tussenrapportage de volgende deelthema's:

- omvang doorstarts in de zorg;
- aard en kenmerken van doorstarts in de zorg.

In het plan van aanpak voor dit onderzoek worden daarnaast de deelthema's 'samenhang tussen zorgfraude en doorstarts' (te onderzoeken middels data van de Kamer van Koophandel (KvK) en informatie van partners, zoals uit het verzamelpunt zorgfraude) en 'aanpak doorstarts in de zorg' (te onderzoeken middels interviews) onderscheiden. De hiervoor nodige onderzoekstappen hebben nog niet plaatsgevonden en deze deelthema's worden niet in deze tussenrapportage behandeld.

De deelvragen per onderdeel van de tussenrapportage zijn als volgt:

Omvang doorstarts in de zorg

1. Hoeveel zorgaanbieders houden op te bestaan op basis van de informatie van het Handelsregister van de KvK?

[2] Beke, M., Swart, L. D., Hoog, G., Ritmeester, Y., Kabki, A., Ortiz Aldana, F., & Bollen, W. (2021). Verkenning naar aanpak bestrijding van veelplegers van faillissementsfraude. Beschikbaar via https://repository.wodc.nl/handle/20.500.12832/3099.

2. Bij welk aandeel van de opgehouden zorgaanbieders zien we een vergelijkbare zorgaanbieder (bv. dezelfde bestuurder, hetzelfde adres, vergelijkbare naam) een doorstart maken op de zorgmarkt?

Aard en achtergrond doorstarts in de zorg

3. Om wat voor een zorgaanbieders gaat het bij de doorstarts, wat is de omvang, hun omzet en de rechtsvorm? Wat voor een type zorg wordt er geleverd?

2.3 Onderzoekaanpak tussenrapportage

Aan de hand van de data uit het Handelsregister hebben we eerste analyses uitgevoerd. In deze tussenrapportage geven we de volgende uitkomsten weer:

- Een toelichting op voor dit onderzoek relevante begrippen;
- Een algemeen beeld van de data die we uit het Handelsregister van de KvK hebben ontvangen;
- Een overzicht van het aantal doorstarts in de zorg (gelinkt aan het ophouden te bestaan van een andere zorgaanbieder);
- Een beschrijving van de kenmerken van deze zorgaanbieders.

In dit hoofdstuk wordt er eerst een algemene toelichting op de begrippen gegeven gevolgd door een introductie op het databestand van de KvK. Enkele kenmerken zoals hoeveel zorgaanbieders er jaarlijks ophouden te bestaan en hoeveel er jaarlijks starten worden behandeld. In het volgende hoofdstuk behandelen we de doorstartende zorgaanbieders die we hebben kunnen onderscheiden in de data en welke kenmerken deze aanbieders hebben. In hoofdstuk vier proberen we de data te duiden en in de juiste context te plaatsen.

Volgens het plan van aanpak van het onderzoek, volgt na deze tussenrapportage een beslissing over de vervolgstappen. In hoofdstuk vijf zijn de opties voor het vervolg nader toegelicht. De eerste resultaten en het mogelijke vervolg van het onderzoek zullen met de begeleidingscommissie worden besproken. De begeleidingscommissie bestaat uit een aantal experts van diverse partijen:

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)
- Kamer van Koophandel

2.4 Definities en afbakening

Voordat een onderneming wordt opgericht dient besloten te worden in welke vorm een bedrijf wordt uitgeoefend: alleen of juist samen met anderen. De vorm die de onderneming krijgt, is de zogenaamde rechtsvorm. De meest voorkomende rechtsvormen bij zorgbedrijven zijn: eenmanszaak, besloten vennootschap, vennootschap onder firma, stichting en maatschap (zie paragraaf 3.5). Hieronder geven we de kenmerken van deze meest voorkomende rechtsvormen en andere voor dit onderzoek relevante begrippen beknopt weer.[3]

Eenmanszaak

Een eenmanszaak is alleen in handen van de ondernemer. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als de zorgverlener een zelfstandig beroep uitoefent, zoals huisarts of tandarts. Er is ook sprake van een eenmanszaak bij een enkele eigenaar. Een eenmanszaak kan naast een zelfstandige zonder personeel ook een eigenaar zijn die personeel in dienst heeft. Een eenmanszaak is geen rechtspersoon, waardoor geen onderscheid bestaat tussen zakelijke en privé verplichtingen van de eigenaar persoonlijk en deze steeds ook aansprakelijk is voor eventuele zakelijke schulden.

Besloten vennootschap (BV)

Een BV is een rechtsvorm met rechtspersoonlijkheid, dat houdt in dat bestuurders in principe niet persoonlijk aansprakelijk zijn voor eventuele schulden. Een BV kan in handen zijn van één persoon of van meerdere personen. Het kapitaal van een BV is verdeeld in aandelen, die in handen zijn van aandeelhouders. De hoogste macht

[3] Er zijn uiteraard meer rechtsvormen mogelijk, maar deze worden niet behandeld omdat de vorm te specifiek is en/of ze te weinig voorkomen in de zorgmarkt

ligt bij de aandeelhouders. Bij kleine BV's kan het zijn dat er maar één bestuurder is, die vaak ook de enige aandeelhouder is. De bestuurder is dan directeur en grootaandeelhouder.

Stichting
Een stichting is een rechtsvorm waarmee je een sociaal, ideëel of maatschappelijk doel nastreeft. Bij een stichting zijn bestuursleden niet persoonlijk aansprakelijk, ook is er bij een stichting een verbod op winstuitkeringen. De stichting is volgens de wet namelijk een rechtspersoon, wat de stichting aansprakelijk maakt. Namens de stichting worden activiteiten opgepakt en de stichting kan eigenaar zijn van goederen, onroerend goed en zelf een bankrekening op naam hebben. Een stichting kan ook aandeelhouder zijn van een onderneming: door onder eigen naam een onderneming te drijven, of door aandeelhouder te zijn. Een stichting kent geen leden. Voor de dagelijkse gang van zaken en het nemen van beslissingen heeft de stichting een bestuur. Meestal bestaat het bestuur uit een voorzitter, secretaris en penningmeester. Het kan ook zo zijn dat één persoon al deze functies uitvoert. Bij grotere stichtingen zie je vaak een raad van commissarissen of een raad van toezicht.

Maatschap
Een maatschap is een rechtsvorm waarbij twee of meer partners (de maten) gezamenlijk, onder één naam, een onderneming voeren. Elke maat brengt iets in (zoals arbeid, geld of goederen), heeft binnen de maatschap zijn eigen onderneming, is daarvoor aansprakelijk en draagt daar ook zelf verantwoordelijkheid voor. Een maatschap is gericht op financieel voordeel dat de maten met elkaar delen. In de zorg wordt een maatschap vaak gebruikt als rechtsvorm bij huisartsen of fysiotherapeuten.

Vennootschap onder firma (VOF)
Een VOF is een bedrijf waarin minimaal twee personen samenwerken onder één gemeenschappelijke naam. Een VOF is een personenvennootschap, net als een maatschap en een commanditaire vennootschap. Iedere persoon die meedoet, wordt mede-eigenaar. Deze mede-eigenaren worden ook wel vennoot genoemd. Iedere vennoot brengt iets in, dat kan bijvoorbeeld geld, goederen of arbeid zijn. De VOF is geen rechtspersoon. Vennoten zijn daarom met hun eigen geld aansprakelijk voor alle mogelijke schulden van het bedrijf.

Beëindigen rechtspersoon
De mogelijkheid tot ontbinding van een rechtspersoon is vastgelegd in artikel 2:19 van het Burgerlijk Wetboek (BW). Er zijn verschillende mogelijkheden om een rechtspersoon te ontbinden waaronder:

- Door een besluit van de algemene vergadering;
- Door het intreden van een statutaire gebeurtenis die ontbinding tot gevolg heeft;
- Na faillietverklaring van de rechtspersoon ofwel een faillissement;
- Bij beschikking van KvK of de rechtbank, bijvoorbeeld als een rechtspersoon gedurende lange tijd inactief is;
- Op vordering van het OM. Dat kan bij handelen in strijd met statuten, te lange inactiviteit, of als sprake is van strafbare feiten/criminele organisatie;
- Op het moment dat de rechtspersoon op het tijdstip van ontbinding geen baten meer heeft en daarmee ophoudt te bestaan ofwel een turboliquidatie.

Er kunnen verschillende motieven ten grondslag liggen aan het beëindigen van een rechtspersoon. Zo kan de onderneming niet goed lopen, de financiering van het bedrijf niet meer rond komen of er zijn geen gegadigden om het bedrijf over te nemen.

Hoe een rechtspersoon kan worden beëindigd, hangt af van de verhouding schulden en baten. Heeft de rechtspersoon meer schulden dan baten en kan deze daardoor de openstaande schulden niet meer betalen, dan moet faillissement worden aangevraagd. Als er geen faillissementssituatie is, kunnen ondernemingsactiviteiten worden beëindigd door een ontbindingsbesluit. Een

ontbindingsbesluit betekent in principe nog niet dat de rechtspersoon ophoudt te bestaan. Na het ontbindingsbesluit bestaan twee scenario's. Afhankelijk van de verhouding schulden en baten vindt er wel of niet vereffening plaats. Als er op het moment van ontbinding geen baten zijn, vindt er geen vereffening plaats en wordt de rechtspersoon direct opgeheven. Dit is een turboliquidatie.[4]

Doorstartende zorgaanbieders
In dit onderzoek wordt de term doorstartende zorgaanbieder gebruikt. Hieronder verstaan wij een zorgaanbieder die in het Handelsregister van de KvK op een vestigingsadres is ingeschreven waar in hetzelfde kalenderjaar ook een andere zorgaanbieder actief was, maar die inmiddels is opgeheven.

Op basis deze definitie kunnen we niet garanderen dat doorstartende zorgaanbieders die wij in het databestand van het Handelsregister hebben geïdentificeerd, ook daadwerkelijk dezelfde oude zorgaanbieder is die een doorstart maakt. De volgende overwegingen spelen daarbij een rol:

- De beperkte beschikbaarheid van data over bestuurders van zorgaanbieders heeft de mogelijkheden tot afbakening van doorstartende zorgaanbieders beïnvloed.
- Het kan uiteraard ook gaan om een nieuwe, ongerelateerde zorgaanbieder die simpelweg op hetzelfde adres verder is gegaan.
- De aantallen doorstartende zorgaanbieders die we onderscheiden zijn een beginpunt.
- Zoals besproken met de leden van de begeleidingscommissie zou een daadwerkelijke doorstart betekenen dat de opgeheven en doorstartende onderneming dezelfde natuurlijke persoon betref. Aan het einde van het hoofdstuk doorstartende zorgaanbieders kijken we aan de hand van de huidige gegevens of we dit scherpere onderscheid kunnen maken.

2.5 Data en aanpak analyse

Data
Om de analyse uit te kunnen voeren hebben we een databestand opgevraagd uit het Handelsregister bij de KvK. In deze uitdraai hebben we informatie ontvangen over een periode van bijna 4 jaar (1 oktober 2018 tot en met 1 juni 2022) van alle zorgbedrijven, met uitzondering van ziekenhuizen. Voor deze organisaties zijn onder andere gegevens beschikbaar over het type zorg dat de aanbieders uitvoeren (gebaseerd op de hoofdzakelijke en tot twee nevenactiviteitencodes (SBI-codes)), hun rechtsvorm, de in- en, waar van toepassing ook, de uitschrijfdatum bij de KvK, de reden van uitschrijving en het totaal aantal werkend personeel. Daarnaast zijn ook de adres- en correspondentiegegevens van de organisaties beschikbaar en in een deel van de gevallen tevens informatie over de langstzittende functionaris.

Beperkingen van de data
Op basis van de einddatum van zorgaanbieders die zijn opgehouden te bestaan en zorgaanbieders die binnen een bepaalde periode zijn gestart is er een uitdraai van het Handelsregister gemaakt. Vanwege beperkte toegang tot het bestuurdersregister is in de uitdraai geen informatie opgenomen over zorgbestuurders. Om in aanmerking te komen voor een selectie of het aanleveren van de zorgbestuurders dient de onderzoekende organisatie in de Handelsregisterwet vermeld te zijn. Dit betreft artikel 28lid4, waar, van de IKZ partners, alleen de Nederlandse Arbeidsinspectie (NLA) wordt benoemd. Zij zijn tot op heden niet bij het onderzoek betrokken.

Naast de beperkingen in het type informatie dat we hebben ontvangen (geen informatie over bestuurders), is de zeggingskracht van enkele variabelen in de data beperkt. De KvK ontvangt voor een aantal categorieën de data direct van notarissen en mogelijk is veel van de beschikbare informatie niet actueel, zoals het totaal aantal werkend personeel. Daarnaast is op basis van het uittreksel niet inzichtelijk

[4] Bij een turboliquidatie kan een voormalig eigenaar aansprakelijk blijven voor de resterende schulden. Idem voor voormalige bestuurders, hoewel dat niet vaak daadwerkelijk effectief wordt.

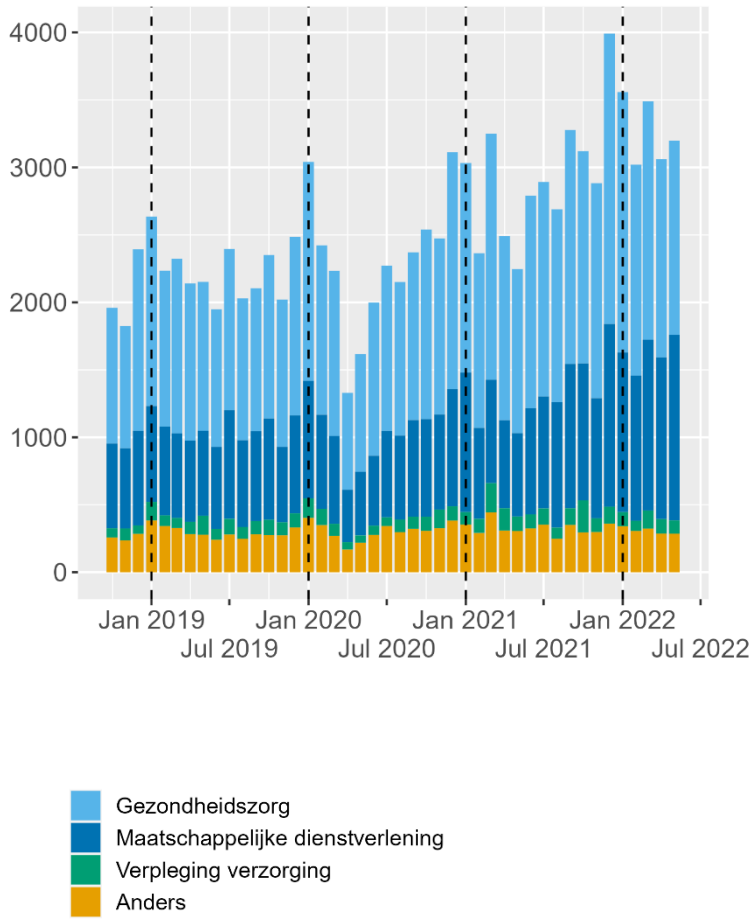
hoe vaak welke informatie over een aanbieder gewijzigd is (zoals het wijzigen van een SBI-code). Enkele categorieën van bij de KvK voor ons beschikbare gegevens zijn niet in de oorspronkelijke uitdraai opgenomen, maar kunnen bij nader inzien mogelijk wel van meerwaarde zijn voor het identificeren van doorstarts. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om 'datum voortzetting' en 'code soort ontbinding'. Deze gegevens zijn niet gebruikt in de analyses voor de tussenrapportage.

Algemeen beeld databestand

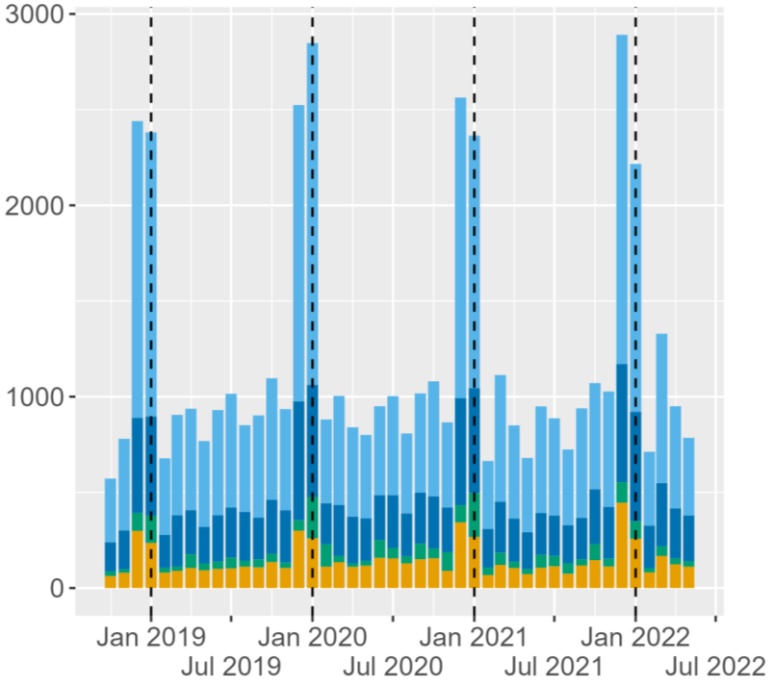
Hieronder geven we een algemeen beeld van de KvK-data weer als context voor de eerste bevindingen over de doorstartende aanbieders. We hebben gegevens ontvangen over zo'n 157.000 bedrijven, waarvan rond 70% in de opgevraagde periode bij de KvK zijn ingeschreven en rond 35% in de opgevraagde periode zijn opgeheven.

Zoals in de afbeeldingen 2.1 en 2.2 zichtbaar, is en/of was meer dan de helft van deze zorgbedrijven (53% van de startende en 58% van de uitgeschreven zorgbedrijven) hoofdzakelijk actief in de sector *Gezondheidszorg* (zoals medische, paramedische of tandheelkundige zorg), gevolgd door de sector *Maatschappelijke dienstverlening* (met name zorg zonder overnachting voor ouderen, jeugdigen of gehandicapten zoals thuiszorg, welzijnswerk of jeugdzorg) (31% en 25%). Een relatief klein deel (4% en 5%) van de zorgbedrijven was hoofdzakelijk actief in de *Verpleging en verzorging* (met name zorg met overnachting zoals verpleeghuizen, dagverblijven en maatschappelijke opvang) of met *niet-zorggerelateerde bezigheden* (12% en 12%; zoals kunstzinnige vorming, religie, arbeidsbemiddeling, belangenbehartiging of zee- en kustvaart).

Afbeelding 2.1 Aantal startende zorgbedrijven met hoofdactiviteit (okt 2018 – mei 2022)



Afbeelding 2.2 Aantal ophoudende zorgbedrijven met hoofdactiviteit (okt 2018 – mei 2022)



Het grootste deel van de bedrijven is of was een *Eenmanszaak* (zo'n 80% van de inschrijvingen en zo'n 70% van de opheffingen). Daarnaast zijn de meest voorkomende rechtsvormen *Besloten Vennootschappen* (11% en 10%), *Stichtingen* (3% en 7%) en *Vennootschappen onder Firma* (3% en 5%).

Het totaal aantal werkend personeel loopt tussen de bedrijven uiteen met 0 tot en met zo'n 6000 medewerkers. Voor meer dan twee derde (72%) van de bedrijven staat één werkzame persoon geregistreerd. Bij 96% van de bedrijven staat een medewerkers aantal tussen nul en vijf geregistreerd.

Van de bedrijven die tijdens de uitgevraagde periode zijn uitgeschreven, heeft zo'n 80% als reden voor de uitschrijving 'overig' aangegeven, gevolgd door ruim 10% met 'overdracht bedrijf'. Faillissement als reden voor de opheffing hebben slechts 0,6% van de bedrijven aangegeven (een krappe 300 bedrijven).

De 52.500 zorgbedrijven die in de opgevraagde periode (1 oktober 2018 tot en met 1 juni 2022) zijn uitgeschreven, hebben een bestaansduur gehad van 0 tot 77 jaar. Ongeveer de helft van de bedrijven had een bestaansduur tussen de 0 en 3 jaar. 87% van de opgehouden bedrijven had een bestaansduur tussen 0 en 10 jaar. De betrouwbaarheid van de data omtrent in- en uitschrijving is beperkt. Zo zijn er tientallen bedrijven waarbij de uitschrijvingsdatum vóór de inschrijvingsdatum ligt.

Analyse

Om doorstartende zorgaanbieders in kaart te brengen hebben we het databestand gesplitst in drie perioden:

- 1 januari 2019 t/m 31 maart 2020
- 1 januari 2020 t/m 31 maart 2021
- 1 januari 2021 /m 31 maart 2022

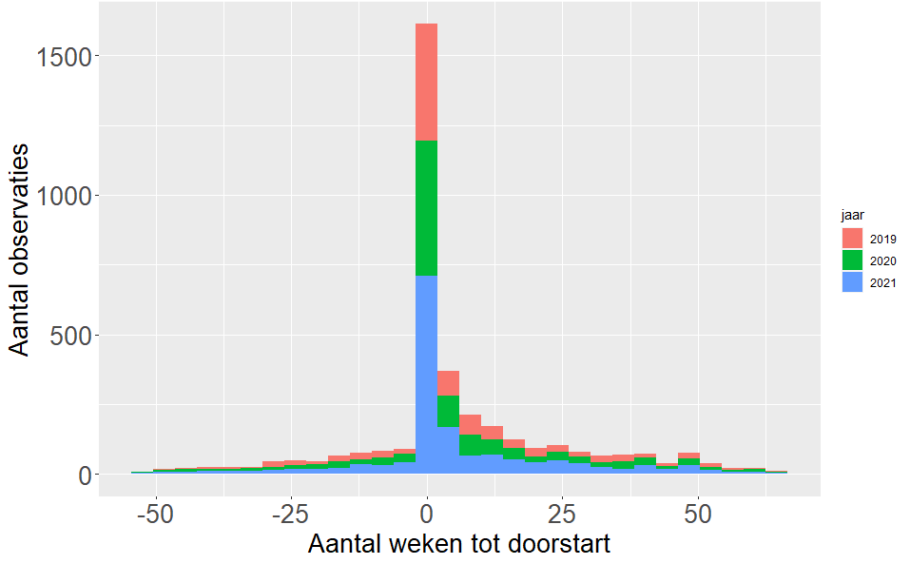
In deze periode hebben we op basis van vestigingsadres en zorgaanbieders die in het volledige kalenderjaar zijn gestopt gekoppeld aan andere KvK nummers die op hetzelfde adres staan ingeschreven. Deze aanpak heeft als voordeel dat het aantal zorgaanbieders op één adres beperkt wordt, waardoor de doorstarters gemakkelijker geïdentificeerd kunnen worden.

3. Startende en opgeheven zorgaanbieders

Omvang en kenmerken van doorstartende aanbieders
In de periode 1 januari 2019 tot en met 31 december 2021 hebben we op basis van het vestigingsadres 7.116 (van de 42.741 bedrijven die zijn opgeheven) doorstartende aanbieders geïdentificeerd. Daarvan is een eerste selectie gemaakt van 6.032 doorstartende aanbieders waarvan enkel één opgeheven aanbieder is gelinkt aan één doorstartende aanbieder. Bij de resterende meer dan 1.000 adressen zijn er meer dan 1 andere zorgaanbieder aan het vestigingsadres te linken in de onderzochte periode. Deze zijn voor het gemak buiten beschouwing gelaten.

In onderstaande afbeelding 3.1 wordt de tijd tussen de opheffing van de eerste aanbieder en de nieuwe zorgaanbieder op hetzelfde vestigingsadres weergegeven (in aantal weken). De zorgaanbieders waarbij de doorgestarte en opgeheven aanbieder gelijktijdig zijn opgeheven of gelijktijdig zijn opgericht hebben we buiten beschouwing gelaten. Het gros van de gevallen, meer dan 1500, zijn direct na de opheffing van de eerdere zorgaanbieder opgericht.

Afbeelding 3.1 Aantal doorstartende aanbieders in 2019-2021 – aantal weken tussen opheffing en oprichting



Voor de hierop volgende analyses zijn de doorstartende zorgaanbieders in groepen onder verdeeld. Onderstaande tabel geeft weer dat de grootste groep (42%) een periode van 0 tot 4 weken tussen de opheffing van een zorgaanbieder en de oprichting van de volgende zorgaanbieder heeft zitten. In deze gevallen gaat het om een periode na de opheffing van de eerste aanbieder. In 26% van de gevallen is de nieuwe zorgaanbieder al opgericht voordat de andere zorgaanbieder is opgeheven.

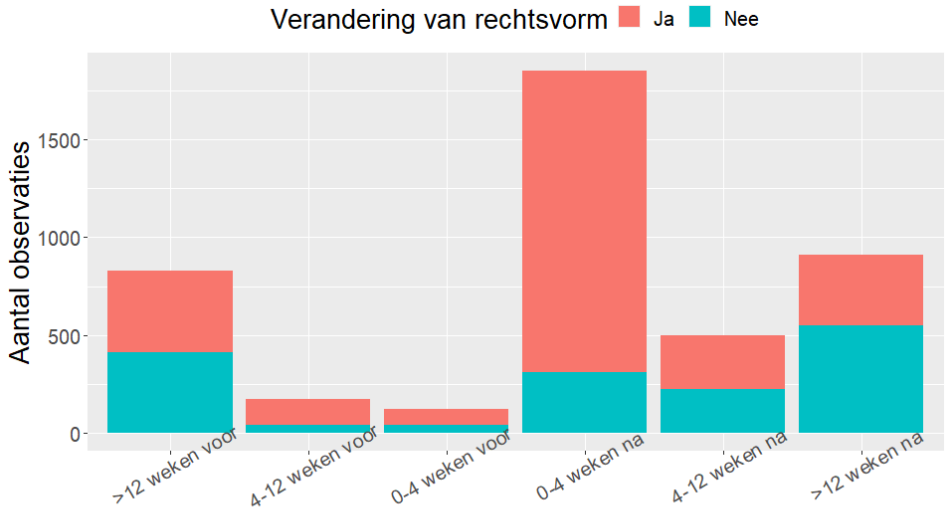
Tabel 3.1 Tijd, in aantal weken, tussen doorstartende en opgeheven zorgaanbieder op hetzelfde vestigingsadres

Tijd	2019	2020	2021	Percentage
Meer dan 12 weken ervoor	279	259	293	19%
4 tot 12 weken ervoor	51	49	71	4%

0 tot 4 weken ervoor	28	40	53	3%
0 tot 4 weken erna	479	554	819	42%
4 tot 12 weken erna	151	171	177	11%
Meer dan 12 weken erna	255	281	373	21%

Allereerst hebben we gekeken naar wat er gebeurt met de rechtsvorm van de opgeheven zorgaanbieder ten opzichte van de gestarte zorgaanbieder. In onderstaande afbeelding staat per groep weergegeven hoeveel aanbieders dezelfde rechtsvorm hebben gehouden en hoeveel er een andere rechtsvorm hebben.

Afbeelding 3.2 Doorstartende zorgaanbieders 2019-2021– wel of geen verandering van rechtsvorm



Veel doorstartende zorgaanbieders, vooral degene in de groep 0 tot 4 weken erna, veranderen van rechtsvorm. In veruit de meeste gevallen betreft het hier een verandering van eenmanszaak naar BV (759 gevallen, zie tabel 3.2).

Tabel 3.2 Meest voorkomende (top 5 indien mogelijk) rechtsvormveranderingen per groep en aantal

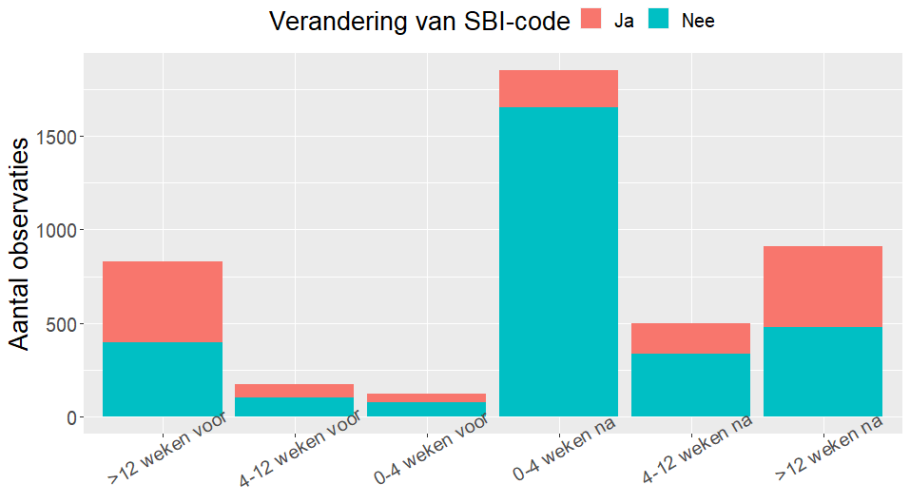
Tijd	Rechtsvormverandering	Aantal (%)
Meer dan 12 weken ervoor	Blijft gelijk	413 (50%)
	Eenmanszaak naar BV	94 (11%)
	Eenmanszaak naar Maatschap	50 (6%)
	BV naar Eenmanszaak	44 (5%)
	Maatschap naar Eenmanszaak	34 (4%)
	Maatschap naar BV	27 (3%)
4 tot 12 weken ervoor	Blijft gelijk	43 (25%)
	Eenmanszaak naar BV	41 (24%)
	Maatschap naar Eenmanszaak	21 (12%)
	BV naar Eenmanszaak	15 (9%)
	Eenmanszaak naar Maatschap	10 (6%)
0 tot 4 weken ervoor	Blijft gelijk	42 (35%)
	Eenmanszaak naar BV	34 (28%)
	BV naar Eenmanszaak	12 (10%)
0 tot 4 weken erna	Blijft gelijk	311 (17%)
	Eenmanszaak naar BV	759 (41%)
	Eenmanszaak naar VOF	239 (13%)
	Eenmanszaak naar Maatschap	145 (8%)
	Vennootschap onder Firma naar BV	121 (7%)
	Maatschap naar BV	116 (6%)
4 tot 12 weken erna	Blijft gelijk	226 (45%)
	Eenmanszaak naar VOF	75 (15%)
	Eenmanszaak naar BV	36 (7%)
	Maatschap naar BV	30 (6%)
	VOF naar Eenmanszaak	29 (6%)
	Eenmanszaak naar maatschap	22 (4%)
Meer dan 12 weken erna	Blijft gelijk	549 (60%)
	Eenmanszaak naar VOF	104 (11%)

	Eenmanszaak naar BV	44 (5%)
	Eenmanszaak naar Maatschap	40 (4%)
	VOF naar Eenmanszaak	25 (3%)
	BV naar Eenmanszaak	25 (3%)

De doorstartende zorgaanbieders veranderen minder vaak van SBI code dan van rechtsvorm. Afbeelding 3.3 geeft dit weer. De blauwe balkjes zijn de doorstartende zorgaanbieders waarbij de SBI code niet is veranderd. Het gros van de doorstartende aanbieders is actief in de SBI code 86919 – overige paramedische praktijken (meer dan 900), gevolgd door 86912 – praktijken van fysiotherapeuten (442 aanbieders) en 88101 – Thuiszorg (meer dan 400). Het rode deel van het balkje geeft de aanbieders weer waar er van SBI code gewisseld is.

Voor de verandering van SBI codes is gekeken naar welke unieke combinaties het meest voorkomen. Bijna elke combinatie van oude SBI code van de opgeheven aanbieder en de nieuwe SBI code van de doorstartende aanbieder is uniek, deze geven dus geen extra inzicht. Enkele combinaties die meer dan 40 keer voorkomen zijn van *Praktijken van fysiotherapeuten* naar *overige paramedische* praktijken, *Thuiszorg* naar *overige paramedisch praktijken* en *Overige paramedische praktijken* naar *praktijken van fysiotherapeuten*.

Afbeelding 3.3 Doorstartende zorgaanbieders 2019-2021 – wel of geen verandering van SBI code



Ook is er gekeken naar de reden van opheffing per categorie van doorstartende zorgaanbieder. Er zijn slechts 26 zorgaanbieders waarbij is aangegeven dat het een faillissement betrof. De meest voorkomende redenen van opheffing zijn overdracht bedrijf (2067 bedrijven) en overige redenen (2091 bedrijven). Een overdracht (lees: verkoop of fusie) kan ook gebeuren om een dreigend faillissement te voorkomen. Of andere goede redenen hebben, zoals risicobeheersing of het stroomlijnen van financiering.

Tabel 3.3 Meest voorkomende reden van opheffing per groep en aantal

Tijd	Reden van opheffing	Aantal
Meer dan 12 weken ervoor	Overige redenen	652 (78%)
	Overdracht bedrijf	109 (13%)
	Ambtshalve doorhaling	43 (5%)

4 tot 12 weken ervoor	Overige redenen	132 (77%)
	Overdracht bedrijf	26 (15%)
0 tot 4 weken ervoor	Overige redenen	101 (83%)
	Overdracht bedrijf	13 (11%)
0 tot 4 weken erna	Overdracht bedrijf	1535 (83%)
	Overige redenen	292 (11%)
4 tot 12 weken erna	Overige redenen	168 (34%)
	Overdracht bedrijf	183 (37%)
	Ambtshalve doorhaling	27 (5%)
Meer dan 12 weken erna	Overige redenen	646 (71%)
	Overdracht bedrijf	201 (22%)
	Ambtshalve doorhaling	42 (5%)

Over het algemeen lijkt het alsof de groep zorgaanbieders die zijn opgeheven en waar binnen vier weken na opheffing een nieuwe zorgaanbieder is gevestigd om overnames gaat. Andere gegevens die we hier nog naast konden leggen is de functionaris die geassocieerd wordt met de zorgaanbieder.

Als we kijken naar het beperkte aantal bedrijven waarvan de functionaris die het langst actief is bij de zorgaanbieder bekend is, zien we, in de groep “0 tot 4 weken erna” van de bedrijven waarbij de reden voor opheffing de overdracht van het bedrijf is, bij 399 doorstartende bedrijven dat de functionaris dezelfde is als bij de opgeheven aanbieder (26%). Bij het totaal aantal doorstartende zorgaanbieders is in 543 gevallen dezelfde functionaris het langst actief bij de opgeheven als doorstartende aanbieder op hetzelfde adres. Bij de andere 1524 bedrijven waarvan we zowel informatie hebben over de langstzittende functionaris bij de opgeheven als doorstartende aanbieder betreft het een ander natuurlijk persoon.

Als een bedrijf om wat voor een reden werd opgeheven en bij de doorstartende aanbieder de langstzittende functionaris hetzelfde was als bij de opgeheven aanbieder, ging het om de meeste gevallen om de wisseling van eigenaar naar bestuurder (246 bedrijven), van eigenaar naar vennoot (108 bedrijven) of bleef dezelfde persoon eigenaar (49 bedrijven).

4. Duiding & context

Een doorstart is geen juridische term. Als we het hebben over een doorstart, zullen de meeste mensen denken aan een voortzetting van een onderneming in een afgeslankte vorm, bijvoorbeeld door de ongezonde delen van een onderneming af te stoten. De IKZ partners hebben aangegeven weinig zicht te hebben op de daadwerkelijke omvang van doorstarts in de zorg en de kenmerken van de betrokken zorgaanbieders. In deze tussenrapportage hebben we geprobeerd hier een antwoord op te geven.

In de onderzochte periode 2019 – 2021 zijn, volgens het KvK handelsregister, meer dan 42.000 zorgaanbieders opgeheven. Vanwege beperkingen met betrekking tot het gebruik van persoonsgegevens, hebben we op basis van vestigingsadres in plaats van personen geprobeerd doorstartende zorgaanbieders te onderscheiden. Ongeveer 14% van de 42.000 opgeheven zorgaanbieders hebben we gelinkt aan een doorstartende zorgaanbieder op hetzelfde vestigingsadres. Aangezien de mogelijkheden tot het identificeren van doorstartende aanbieders beperkt was in de data van het Handelsregister, beschouwen we dit als ondergrens en zal het daadwerkelijke aantal veel hoger zijn.

Bij de geïdentificeerde doorstartende zorgaanbieders wordt er vaak van rechtsvorm veranderd, de meest voorkomende verandering van rechtsvorm is van eenmanszaak naar BV. Wat betreft SBI code blijft de doorstartende zorgaanbieder vaak gelijk. Het vermoeden is dat het vestigingsadres vaak bedoeld is voor een specifieke vorm van zorgverlening en er dus bij de doorstartende zorgaanbieder vaak geen andere zorgactiviteit wordt opgezet.

Het identificeren van doorstartende zorgaanbieders op basis van vestigingsadres heeft nadelen. Zo kunnen we bijvoorbeeld geen informatie uit de data halen over het type gebouw, wellicht kunnen er op één vestigingsadres meerdere

zorgaanbieders, bijvoorbeeld meerdere huisartsen, actief zijn. Ook hoeft een doorstart in de meeste gevallen geen probleem te zijn, het betreft vaak een reguliere overname van een bedrijf.

Als we de doorstartende zorgaanbieders toch op personen proberen te matchen, de begeleidingscommissie heeft aangegeven dat dit meest zuivere manier is om een doorstart te identificeren, zien we dat bij de groep doorstartende aanbieders waarbij we gegevens hebben over de langstzittende functionarissen bij 543 doorstartende aanbieders dezelfde personen actief zijn bij de opgeheven en doorgestarte zorgaanbieder.

Kortom, op basis van de beschikbare data is het moeilijk een duidelijk beeld te krijgen over de omvang en kenmerken van de doorstartende zorgaanbieders. Dit roept de vraag op of, en zo ja, hoe het onderzoek naar doorstartende aanbieders het zinvolst kan worden voortgezet.

5. Mogelijk vervolg

Volgens het plan van aanpak van het onderzoek, volgt na deze tussenrapportage een beslissing over de vervolgstappen. In het plan van aanpak van dit onderzoek van juli 2021 was de tussenrapportage het moment om te bekijken in hoeverre vervolgstappen, zoals het linken van doorstartende aanbieders aan fraudesignalen bij het IKZ en haar partners, een mogelijkheid zou zijn. Vanwege de beperkte aantallen en vanwege dat er geen mogelijkheid is om een onderscheid te maken tussen malafide en bonafide doorstarts, zouden we de vervolgstappen op basis van het plan van aanpak afraden.

In plaats van het geplande vervolg en in samenspraak met de begeleidingscommissie van dit onderzoek is er gesproken over een mogelijk kwalitatief vervolg. Meerdere partijen hebben aangegeven meerwaarde te zien in een kwalitatief onderzoek waarbij in kaart wordt gebracht op welke manier doorstartende aanbieders de aanpak van zorgfraude beïnvloeden, welke redenen er zijn voor een doorstart te maken (zowel legitiem als malafide in de vorm van risico’s en kansen) en wat de kenmerken van een doorstart zijn (i.p.v. de kenmerken van de doorstartende zorgaanbieder). Middels interviews met betrokken partijen, zoals IKZ partners, maar ook andere groepen uit de praktijk (zoals bijvoorbeeld de Kamer van Koophandel of INSOLAD, de beroepsvereniging van curatoren) zouden we kunnen proberen de kansen en belemmeringen van doorstarts en de mogelijkheden tot het voorkomen van doorstarts in kaart te brengen.