

Handreiking voor gemeenten: *Rechtmatigheid in de Wmo 2015 en de Jeugdwet*



Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
1.1	Waarom een handreiking rechtmatigheid in de Wmo 2015 en Jeugdwet?	3
1.2	Doel van de handreiking en stappenplan	3
2	Handhaving en onrechtmatigheden in de zorg, wat zijn dat?	4
2.1	Handhaving in de Wmo 2015 en de Jeugdwet	4
2.2	Wat is een onrechtmatigheid en wat is fraude?	6
2.3	Vormen van fraude	7
2.4	Signalen van mogelijke onrechtmatigheid	8
2.5	Stappenplan voor het opzetten van een (rechtmatigheids)onderzoek Wmo 2015 en de Jeugdwet	8
3	Bijlagen	9
3.1	Begripsverduidelijking	9
3.2	Onrechtmatigheden in de zorg	10
3.3	Mogelijke fraudesignalen	11

1. Inleiding

1.1 Waarom een handreiking rechtmatigheid in de Wmo 2015 en Jeugdwet?

Door de decentralisaties zijn gemeenten uitvoerder geworden voor het sociale domein: de Wmo 2015, de Jeugdwet en de Participatiewet. Door de nieuwe taken hebben gemeenten de verantwoordelijkheid gekregen voor meer gemeenschapsmiddelen. Doelmatigheid, rechtmatigheid en kwaliteit worden daarmee steeds belangrijker.

Misbruik en het niet naleven van regels en wetten zetten het draagvlak voor maatschappelijke solidariteit onder druk. Gemeenten kunnen dit voorkomen door actief in te zetten op handhaving en fraudebestrijding. Handhaving is meer dan alleen straffend optreden tegen mensen die de regels hebben overtreden. Het gaat ook om preventie: mensen helpen om zich aan de regels te houden, door hen te informeren over rechten/plichten en het aanbieden van passende dienstverlening. Zo wordt de kans dat mensen fouten maken en (on)bewust fraude plegen een stuk kleiner.

Deze handreiking geeft gemeenten een raamwerk voor het opzetten van een onderzoek als er een signaal van mogelijke onrechtmatigheden (fraude, misbruik en/of oneigenlijk gebruik) is. De handreiking rechtmatigheid geeft uitleg over (vormen van) fraude en onrechtmatigheden. Daarnaast verschijnt een separaat stappenplan rechtmatigheidsonderzoek Wmo 2015 en Jeugdwet.

1.2 Doel van de handreiking en stappenplan

De handreiking en stappenplan bieden een kader voor reactieve handhaving (opsporing, controle en sanctioneren) bij signalen van onrechtmatigheid, bedoeld voor de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015) en de Jeugdwet.

Aan de hand van de handreiking en het stappenplan krijgen gemeenten inzicht in hoe zij de rechtmatigheid van de zorg kunnen controleren bij een signaal van mogelijke onrechtmatigheid (zoals fraude, oneigenlijk gebruik of fouten). Het signaal wordt onderzocht en kan leiden tot een bestuursrechtelijke maatregel. Deze handreiking gaat verder dan de (openbare) informatie die tot nog toe in het land bekend is over handhaving in het sociaal domein. Uitgewerkte kaders voor preventie en (interne) proactieve controle op fraude in het sociaal domein staan niet in deze publicatie¹.



1. Hiervoor wordt verwezen naar de [Handreiking fraudepreventie en handhaving Wmo 2015 en Jeugdwet](#)

2. Handhaving en onrechtmatigheden in de zorg, wat zijn dat?

Een signaal van een onrechtmatigheid, betekent nog niet onmiddellijk dat er sprake is van fraude. Het is ook mogelijk dat een fout is gemaakt bij het invullen van gegevens, of dat er sprake is van oneigenlijk gebruik (druist in tegen de geest van de wet). Het is fraude als er opzettelijk en doelbewust is gehandeld in strijd met regels, met het oog op financieel gewin. Gemeenten krijgen door de nieuwe taken in de Wmo 2015 en de Jeugdwet, te maken met een ander type fraudeur dan waar ze bekend mee zijn uit bijvoorbeeld de Participatiewet. De fraudeurs hebben dikwijls een meer georganiseerd karakter, de fraude is vaak niet eenduidig vast te stellen en het betreft vaker ondernemingen dan individuen². De regering heeft gemeenten de verantwoordelijkheid gegeven om toe te zien op de kwaliteit en de rechtmatigheid van de geleverde voorzieningen. Die moeten daarom in staat zijn om fraude te voorkomen, op te sporen en te bestrijden. Een goed uitgangspunt hiervoor is de cirkel van naleving³. Dit hoofdstuk geeft uitleg over wat onrechtmatigheid en fraude in de maatschappelijke ondersteuning en jeugdhulp inhoudt. Te beginnen met kort inzicht in de wettelijke bepalingen van de Wmo 2015 en de Jeugdwet over handhaving. Daarna volgt een overzicht van mogelijke onrechtmatigheden en fraudesignalen.

2.1 Handhaving in de Wmo 2015 en de Jeugdwet

In de Wmo 2015 en de Jeugdwet staat in Memorie van Toelichting een toelichting op handhaving en rechtmatigheid. Hieronder een beschrijving op hoofdlijnen.

In de Memorie van Toelichting op de het wetsvoorstel *Wmo 2015*⁴ staat dat de gemeente verantwoordelijk is voor zowel de kwaliteit als het toezicht op de uitvoering. Het rechtmatig besteden van geld en rechtmatig gebruik van voorzieningen is een belangrijk aandachtspunt in de Wmo 2015. De regering staat in de Memorie van Toelichting (p.31) stil bij de rechtmatigheid van de besteding van de verstrekte pgb gelden. De regering constateert *'dat er onder de AWBZ mensen een beroep hebben gedaan op de pgb regeling die niet in staat waren om de taken en verplichtingen die samenhangen met het pgb goed te vervullen. Ook is in de afgelopen jaren sprake geweest van een onhoudbare uitgavenontwikkeling als gevolg van de aanzuigende werking van het pgb. Informele zorg om niet werd vervangen door zorg geleverd door dezelfde persoon, gefinancierd met een pgb. Bovendien is gebleken dat de kwaliteit soms ernstig te wensen overliet en er bestond een aanzienlijk risico op fraude.'* Een manier (p125) om de rechtmatigheid te verbeteren, is het invoeren van het pgb trekkingsrecht via de SVB. Het doel is dat het persoonsgebonden budget slechts wordt besteed om diensten, activiteiten, roerende zaken of woningaanpassingen in te kopen die de betrokkene de ondersteuning bieden die in de maatwerkvoorziening is opgenomen.

2. Naar een rechtmatige zorg in het gemeentelijk sociaal domein, Fenger et al, 2015

3. Voor meer informatie, zie VNG Handreiking fraudepreventie en naleving sociaal domein

4. Kamerstuk: Memorie van toelichting TK 2013-2014, 33841, nr. 2

In hoofdstuk 6 van de Wmo 2015 staat dat de gemeente verantwoordelijk is voor het rechtmatigheidstoezicht op de naleving van de wet. Het doel van het toezicht is te bevorderen dat de wet wordt nageleefd, evenals de verordening en de regels en afspraken in contracten. Onder toezicht wordt verstaan: *het verzamelen van informatie over de vraag of een handeling of een zaak voldoet aan de gestelde eisen (in beleid, wetgeving, verordening, etc.), het zich vormen van een oordeel daarover (in licht van de geldende eisen) en het zo nodig interveniëren naar aanleiding daarvan*. In de volgende hoofdstukken van de handreiking is dit verder uitgewerkt. De organisatie en uitvoering van het toezicht door gemeenten is in beginsel vrijgelaten. De Wmo 2015 bepaalt slechts dat het college van B&W personen aanwijst die zijn belast met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij of krachtens de wet. Het gemeentebestuur is verantwoordelijk voor de kwaliteit en continuïteit van de maatschappelijke ondersteuning. Dit betekent dat de gemeente ook toeziet op de naleving van de eisen die zijn gesteld aan de uitvoering van de wet en die indien nodig handhaaft. Het is aan de gemeente op welke manier vorm en inhoud wordt gegeven aan het toezicht⁵.

In de Memorie van Toelichting wordt nader ingegaan op de aspecten van handhaving in de Jeugdwet⁶. Toezicht op jeugdhulp kent twee belangrijke uitgangspunten. Het eerste is dat burgers (jongeren en ouders) erop mogen vertrouwen dat daar waar wettelijke kwaliteitseisen worden gesteld aan jeugdhulp, er ook controle plaats vindt op de naleving van die voorschriften. Het tweede uitgangspunt is dat uitvoerders (jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen) weten waarop zij gecontroleerd worden en welke gevolgen het niet naleven van de wet kan hebben.

De Inspectie Jeugdzorg onderzoekt de kwaliteit van zorg van onder meer jeugdhulpaanbieders, gesloten instellingen, Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming. Dit betreft risico-gestuurd toezicht, dat wil zeggen: het meest intensief op plaatsen waar de risico's voor jongeren het grootst zijn. De Inspectie Jeugdzorg betreft de colleges van B&W bij de uitvoering van haar toezichttaak. Zo kunnen colleges van B&W hun wensen kenbaar maken ten behoeve van het jaarwerkprogramma van de inspectie. Colleges kunnen (in georganiseerd verband) aangeven dat speciale aandacht voor ambulante jeugdhulp of voor nieuwe jeugdhulpaanbieders en gecertificeerde instellingen gewenst is. Ook kan een college in overleg treden met de Inspectie Jeugdzorg over ad hoc onderzoek naar een bepaalde jeugdhulpaanbieder of gecertificeerde instelling.

Net zoals bij de Wmo 2015 is ook bij de Jeugdwet een pgb trekkingsrecht via de SVB (p 185) ingevoerd. Doel is dat het budget slechts wordt besteed aan het inkopen van jeugdhulp (ondersteuning, hulp en zorg voor de jeugdige of zijn ouders). Dit moet meer waarborgen bieden voor de rechtmatigheid van de bestede gelden.

5. Handreiking toezicht Wmo, Verweij Jonker Instituut, 2014

6. Kamerstuk: Memorie van toelichting bij de Jeugdwet, 01-07-2013

2.2 Wat is een onrechtmatigheid en wat is fraude?

Gemeenten krijgen veel signalen van mogelijke onrechtmatigheden in de zorg. Niet bij ieder signaal is sprake van daadwerkelijke fraude; er kan ook sprake zijn van een (menselijke) fout.

Onder onrechtmatigheid wordt verstaan⁷:

Het (on)bewust onrechtmatig in rekening brengen van zorg, omdat de declaratie niet overeenkomt met de (mate van) geleverde zorg of omdat de zorg onterecht wordt gedeclareerd.

In de bijlage staat een overzicht van verschillende vormen van onrechtmatigheden.

Onder fraude wordt verstaan⁸:

Het opzettelijk en doelbewust in strijd met regels handelen, met het oog op eigen of andermans financiële gewin.

In de bijlage 3.2 wordt aan de hand van het Programmaplan rechtmatige zorg van het ministerie VWS nader ingegaan op de vormen van onrechtmatigheden in de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

7. Programmaplan rechtmatige zorg, min VWS, 2015

8. Programmaplan rechtmatige zorg, min VWS, 2015

2.3 Vormen van fraude

In de vorige paragraaf is geconstateerd dat er verschillende vormen van onrechtmatigheden zijn. Fraude is een vorm van onrechtmatigheid. Deze paragraaf gaat in op de verschillende vormen van fraude.

Het ministerie van VWS⁹ stelt verschillende vormen van fraude vast (overzicht is niet uitputtend):

VORM VAN FRAUDE	TOELICHTING
Spookzorg	Niet-geleverde zorg die wel door de aanbieder wordt gedeclareerd.
Niet-vergoede zorg	Er wordt een declaratie ingediend voor zorg die in principe niet wordt vergoed of alleen onder bepaalde voorwaarden (bijvoorbeeld op grond van een medische indicatie) wordt vergoed.
Declaratie-overtredingen	De zorg komt in principe wel voor vergoeding in aanmerking, maar in het proces van declaratie ontstaan onregelmatigheden door bijvoorbeeld: - dezelfde zorg tweemaal te declareren - een bedrag hoger dan het afgesproken tarief te declareren - het ten onrechte rekenen van het hogere tarief voor een complexe behandeling, terwijl er sprake is van een standaard behandeling (upcoding) - Onderdelen van een bundel zorgactiviteiten apart te declareren met hogere kosten (opknippen)
Fraude tegen de patiënt	De patiënt wordt gedupeerd door bijvoorbeeld onterecht een eigen bijdrage voor bepaalde diensten te vragen of door een vergoeding voor de verwijzing te vragen
Ongepast gebruik	De zorg zelf is rechtmatig geleverd en gedeclareerd maar er is geen medische noodzaak voor de zorg (overbehandeling) of de noodzakelijke zorg wordt niet geleverd (onderbehandeling)
Dubbele bekostiging	Geleverde zorg wordt dubbel geclaimd: 1. Bij de patiënt en bij de zorgverzekeraar. 2. Op basis van meerdere bekostigingssystemen. 3. Bij aanbieders met een vaste en een variabele component doordat iets dat al in de behandeling zit via de toeslag nog een keer extra wordt gedeclareerd. 4. Door het openen van meerdere DBC's voor één zorgvraag, terwijl geen sprake is van multidisciplinaire behandeling.
Te hoge indicatie	De zorgbehoefte van een patiënt of cliënt/budgethouder kan ernstiger worden voorgesteld dan deze in de realiteit is.
Pgb-fraude	Frauderen met het persoonsgebonden budget doordat: 1. het budget aan iets anders wordt besteed dan zorg, 2. de hoogte van de declaratie niet overeen komt met de ingekochte of geleverde zorg, 3. de cliënt/budgethouder een onnodige of te hoge indicatie krijgt.
Identiteitsfraude	Het doelbewust verkrijgen en misbruik maken van de persoonsgegevens van anderen. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer pgb-houders hun DigiD afstaan aan een zorgbemiddelingsbureau dat vervolgens het verkregen pgb voor eigen gewin opneemt.
Tegen/om de patiënt	Onrechtmatige werving van patiënten, bijvoorbeeld door een verwijzvergoeding te betalen aan huisartsen (verwijzvergoeding). Het ontvangen van een dubbele vergoeding door een onderdeel van een bundel zorg-activiteiten apart in rekening te brengen. Het gaat dus om een combinatie van dubbel declareren en opknippen (U-bochtconstructie)

9. Programmaplan rechtmatige zorg, min VWS, 2015

In het onderzoek 'naar een rechtmatige zorg in het gemeentelijk sociaal domein'¹⁰ wordt geconstateerd dat fraude kan ontstaan doordat een zorgaanbieder primair handelt in zijn eigen belang en daarbij eventueel met derde partijen, zoals bemiddelingsbureaus of de cliënt, samenspannt. Dit komt voor in Wmo en de Jeugdwet.

Wmo 2015

In de Wmo 2015 zitten de grootste frauderisico's in de productgroepen 'begeleiding' en 'beschermd wonen'. Risico's worden bepaald door een aantal factoren: een aantal taken van de Wmo 2015 is relatief nieuw, de indicatiestelling die door medische professionals of aanbieders zelf worden gedaan is complex en resultaten zijn vaak niet direct zichtbaar (voorbeeld begeleiding en begeleid wonen). Daarnaast worden relatief hoge budgetten beschikbaar gesteld aan zorgaanbieders en pgb houders, die vaak ook nog eens een langlopend karakter hebben. Fraude met dergelijke langlopende en hoge budgetten kan lucratief zijn.

Jeugdzorg

In de Jeugdzorg ervaren gemeenten het gebrek aan transparantie als een risico. Medische professionals spelen hierin een rol, bij zowel de indicatiestelling als de behandeling. Voor gecontracteerde aanbieders geldt dat de risico's vooral in (on)bewuste fouten zitten en in overbehandeling. Soms bestaat de indruk dat de behandelingen medisch gezien niet noodzakelijk zijn, maar de gemeenten heeft niet de medische expertise of de juridische mogelijkheden om de behandelingen te voorkomen. Tot slot bestaat de indruk dat bij de Jeugdzorg en de Wmo meer onregelmatigheden voorkomen bij pgb-zorg dan bij zorg in natura.

2.4 Signalen van mogelijke onrechtmatigheid

Gemeenten kunnen uiteenlopende signalen van onrechtmatigheden ontvangen. Het is in eerste instantie aan de consulent / het wijkteam om deze signalen te herkennen en in de juiste context te plaatsen (fraudealertheid). Dit begint vanaf het moment dat een cliënt zich meldt, de aanvraag indient en er een indicatie wordt gesteld. Het (keukentafel)gesprek is een goed moment om de intenties van de cliënt en/of zijn begeleiders te toetsen. Doorvragen door de consulent / het wijkteamlid is essentieel om een goede inschatting te maken of en welke jeugdhulp/maatschappelijke ondersteuning nodig is. Andere belangrijke aandachtspunten zijn het beoogde resultaat van de ondersteuning, en aan welke eisen de zorg moet voldoen. Als de cliënt wil kiezen voor een pgb moet worden bepaald of hij in staat is een pgb te beheren, al dan niet met hulp van een derde.

In de bijlage 3.3 is een lijst opgenomen van mogelijke fraude indicatoren. *Deze lijst is niet uitputtend en dient ter ondersteuning van de fraudealertheid!*

2.5 Stappenplan voor het opzetten van een (rechtmatigheids)onderzoek Wmo 2015 en de Jeugdwet

Deze handreiking bestaat uit twee delen. Naast het algemene deel over fraude en onrechtmatigheid, is er een stappenplan rechtmatigheidsonderzoeken opgesteld. De in de voorgaande hoofdstukken genoemde vormen en signalen van onrechtmatigheid en fraude, kunnen aanleiding geven om een signaal verder te onderzoeken. Om dit te kunnen doen is een stappenplan opgesteld voor het opzetten en uitvoeren van een dergelijk onderzoek. Dit stappenplan is te vinden op het [VNG Forum sociaal domein](#).

10. Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke sociale domein, Fenger et al, Erasmus, 2016

3. Bijlagen

3.1 Begripsverduidelijking

BEGRIP	OMSCHRIJVING
Klant/cliënt	Inwoner voor wie de gemeente zorg organiseert dat voldoet aan de wettelijke eisen en aan de zorgvraag.
Fraude	Het opzettelijk en doelbewust in strijd met regels handelen, met het oog op eigen of andermans financiële gewin.
Fraude coördinator	Een interne ambtelijke functie, waarin de functiehouder belast is met het aansturen van het fraudeteam, monitoren van de voortgang van onderzoeken, overzicht hebben van de lopende onderzoeken, verantwoordelijk is voor het onderzoeksproces en het evalueren van dit proces met de toezichthouders.
GGD	Gemeenschappelijke gezondheidsdienst. Kan door een gemeente aangewezen zijn als toezichthouder kwaliteit in de Wmo.
Handhaving	Het laten naleven van wetten en regels.
Inspectie Gezondheidszorg	De Inspectie voor de Gezondheidszorg houdt toezicht op de veiligheid en de kwaliteit van zorg, geneesmiddelen en medische producten. De Inspectie doet dit door zorgaanbieders te controleren op de wettelijke eisen. Het toezicht vanuit de Inspectie gebeurt door risico gestuurd toezicht (op basis van indicatoren en bezoeken) en incidententoezicht (onderzoek naar aanleiding van meldingen).
ISZW	Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid die is belast met doen van strafrechtelijke onderzoeken naar fraude in de zorg.
Jeugdwet	Wet voor de jeugdzorg.
Landelijk toezicht jeugd	Binnen het jeugdstelsel zien de Inspectie Jeugdzorg, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Inspectie Veiligheid en Justitie toe op de naleving van wettelijke eisen voor de instellingen en de verplichtingen die gelden voor verantwoorde jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering.
NZa	De Nederlandse Zorgautoriteit maakt, vanuit het perspectief van goede en betaalbare zorg, regels en houdt toezicht op zorgaanbieders en zorgverzekeraars.
OM	Openbaar Ministerie. Onderdeel hiervan is het Functioneel Parket Specialistisch, dat zich toelegt op de bestrijding van complexe fraude.
Onrechtmatigheid	handelen (of nalaten) dat een inbreuk op een recht oplevert, in strijd is met een wettelijke plicht of in strijd is met hetgeen volgens ongeschreven recht in het maatschappelijke verkeer betaamt.
Opsporingsinstantie	Inspectie SZW, de NZa, Functioneel Parket (FP) OM, FIOD en de IGZ.
Pgb	persoonsgebonden budget waarmee een budgethouder via de SVB zorg inkoop.
Signaal	Een telefonisch of schriftelijk bericht met een omschrijving van een mogelijke onrechtmatigheid
SVB	Sociale Verzekeringsbank. Verantwoordelijk voor het uitbetalen van het pgb.

3.1 Begripsverduidelijking (vervolg)

BEGRIP	OMSCHRIJVING
Toezichthouder	Ambtelijke functie. De toezichthouder verzamelt informatie over de rechtmatigheid van de verstrekte voorziening en/of de kwaliteit van de instellingen, controleert of die onder de Wmo 2015 en de Jeugdwet vallen, zich daarover een onafhankelijk oordeel vormt en zo nodig ingrijpt.
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning.
Zin	zorg in natura: Gemeenten hebben een deel van de zorg ingekocht bij zorgaanbieders. Hiervoor zijn contracten afgesloten met daarin voorwaarden en kwaliteitseisen.
Zorgaanbieder / -instelling	Persoon of organisatie die zorg verleent aan een cliënt /budgethouder en hiervoor kosten in rekening brengt.

3.2 Onrechtmatigheden in de zorg

Bij een fraudesignaal is er altijd sprake van controle achteraf. De gemeente controleert of de betaling of de geleverde zorg heeft voldaan aan de voorwaarden / wet. Verschillende vormen van controle zijn mogelijk¹¹:

- Formele controle: Voldoet de geleverde zorg of de declaratie aan de geldende voorwaarden/ regelgeving (bijvoorbeeld: is de zorg geleverd conform zorgplan of zijn de juiste tarieven gehanteerd).
- Materiele controle: De gemeente controleert of de in rekening gebrachte prestatie daadwerkelijk is geleverd (rechtmatigheid)
- Gepast gebruik: Onder gepaste zorg wordt verstaan of de verleende zorg voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is. Dit betekent, voldoet de verleende zorg redelijkerwijs aan de laatste stand van de in de wetenschap en de praktijk gangbare norm (kwaliteit van zorg).

Zorgverzekeraars Nederland onderscheidt de volgende soorten onjuistheden¹²:

GECONSTATEERDE ONJUISTHEID	TOELICHTING
Technische fout	De betreffende declaratie is technisch niet in orde. Als de declaratie niet aan alle technische voorwaarden voldoet, zoals een juiste vulling van de afgesproken velden, wordt het bericht afgewezen en teruggestuurd naar de zorgaanbieder
Foutieve of onterechte declaratie	De betreffende declaratie is fout en er had niet op deze wijze gedeclareerd mogen worden. Hierbij kan bijvoorbeeld het tarief niet juist zijn, kan de verwijzing ontbreken, voldoet de declaratie niet aan de vergoedingsvoorwaarden of heeft de behandeling niet plaatsgevonden maar is deze wel (onopzettelijk) gedeclareerd.
Fraude	Er wordt opzettelijk en doelbewust in strijd met regels gehandeld, met het oog op eigen of andermans financiële gewin.
Oneigenlijk gebruik	Het is ook mogelijk dat de declaratie volgens de regels wel is toegestaan (naar de letter van de wet), maar dat de zorgverzekeraar tegelijk van mening is dat deze toegestane situatie niet de bedoeling is geweest van de regel (ingaat tegen de geest van de wet). In een dergelijk geval spreken van oneigenlijk gebruik.
Ondoelmatig/ongepast	De laatste soort onjuistheid is die waawrin de zorg wel is geleverd zoals deze is gedeclareerd, maar waar de patiënt ook goed geholpen zou zijn geweest met andere of minder zorg.

11. Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014, Zorgverzekeraars Nederland, 2015

12. Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014, Zorgverzekeraars Nederland, 2015

De mate waarin er sprake is van onrechtmatigheden in een sector, heeft te maken met een aantal factoren¹³. Allereerst de complexiteit van de wet- en regelgeving en de bekostigingssystematiek. Aanbieders en gemeenten krijgen nieuwe uitdagingen op het gebied van administratie, interne controle en verantwoording. Deze complexiteit kunnen onduidelijkheid en het maken van fouten in de hand werken. Ten tweede is het relatief eenvoudig om de zorgmarkt te betreden voor aanbieders met verkeerde intenties. Beperkte opstartkosten maken het aantrekkelijk om een onderneming te beginnen in de zorg. Vooral de curatieve ggz en aanbieders of bemiddelingsbureaus die op basis van pgb's werken, zijn de afgelopen jaren kwetsbaar gebleken voor aanbieders met verkeerde intenties. Ten derde speelt de geringe pakkans mee evenals de beperkte mogelijkheden om fraude te bewijzen. Ten vierde spelen de financiële belangen van aanbieders een rol. Als het leveren van minder of kwalitatief minder goede zorg financiële voordelen biedt, kan dit leiden tot norm- en regeloverschrijding. Tot slot speelt de positie van patiënten en cliënten een rol. Weliswaar kunnen patiënten en cliënt onrechtmatigheden melden, maar dit gebeurt weinig omdat zij hun aanbieder vertrouwen. In de praktijk gebeurt het geregeld dat aanbieders misbruik maken van de kwetsbaarheid van de patiënt door onterechte declaraties in te dienen. Het gebeurt ook dat patiënten zich kwetsbaarder of zieker voordoen bij een indicatie om meer zorg te krijgen en daarmee een hoger pgb.

Uit onderzoek blijkt dat het merendeel van de fraude gevallen niet met opzet gebeurt. Zorgverzekeraars Nederland heeft onderzocht hoe vaak en door wie er fraude wordt gepleegd¹⁴. Over 2014 zijn er 1857 fraudesignalen onderzocht. Daarvan bleek het in de helft van de gevallen om een administratieve fout te gaan. In een derde van de gevallen was er sprake van fraude. Van de vastgestelde fraude vond bijna tweederde plaats via pgb's. Bij een vermoeden van fraude was dit juist in bijna tweederde van de gevallen in de GGZ.

3.3 Mogelijke fraudesignalen

Fraude-indicatoren zijn een hulpmiddel om de alertheid op mogelijke onregelmatigheden te vergroten. Het gaat om aanwijzingen, dat zijn nog geen bewijzen. Als er sprake is van een aanwijzing is nader onderzoek nodig om de aanwijzing te ontcrachten of te bevestigen.

1. Gedrag van de individuele aanvrager

Hieronder worden enkele gedragskenmerken van een aanvrager gegeven, die aanleiding geven om extra alert te zijn of de gevraagde zorg de juiste zorg is die de cliënt nodig heeft. De cliënt :

- Wil zelf bellen en niet of uitsluitend op 06-nummer teruggebeld worden;
- Wil alles persoonlijk met een specifieke medewerker afhandelen;
- Is zelden te bereiken en/of neemt (in geval van contact) steeds zelf contact op;
- Vermijdt duidelijke schriftelijke communicatie;
- Geeft ontwijkende antwoorden bij vragen;
- Dreigt al snel met het inschakelen van een advocaat, de Ombudsman, etc.;
- Geeft aan al grote bedragen te hebben voorgesloten omdat de zorgverlener al zorg heeft verstrekt;
- Wil onderhandelen over de indicatiebesluit, wil uitruil van functies;
- Wordt begeleid door iemand met een commercieel belang bij het aangaan van een pgb of die zelf de toekomstige zorgaanbieder is;
- Cliënt heeft zijn DigiD aan een begeleider, instelling of bemiddelaar gegeven om voor hem de aanvraag te doen

13. Programmaplan rechtmatige zorg, min VWS, 2015

14. Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014, Zorgverzekeraars Nederland, 2015

2. Fraude-indicatoren met betrekking tot de aanvraag:

Indicatoren voor mogelijke fraude bij een aanvraag zijn:

- Vreemde of onduidelijke aanvraag met dito ondertekening (afwijking);
- Huisbezoek is niet mogelijk;
- De cliënt of het bemiddelingsbureau vraagt het al voor de 'zoveelste keer' aan;
- Gestandaardiseerde (plakken en knippen van tekst) aanvragen;
- Onduidelijke of vage ziektebeelden;
- Familie vraagt aan, levert zorg en voert pgb-administratie;
- Stoornissen en beperkingen komen niet overeen met het ziektebeeld;
- Ziektebeelden die niet horen bij een leeftijdscategorie;
- Zorgaanvraag voor iemand in detentie;
- Bij zorg in natura wordt de cliënt door een instelling op een wachtlijst geplaatst en bij een pgb is er wel direct toegang tot zorg;
- Cliënten ontvangen giften of cadeaus wanneer zij zorg afnemen bij een bepaalde instelling;
- De administratie is te perfect voorbereid en ingevuld;
- Tijdens huisbezoeken worden zaken aangetroffen die vragen oproepen over de geleverde/te leveren zorg;
- Er komen klachten binnen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

3. Gedrag van de persoon van het bemiddelingsbureau dat een aanvraag doet namens de cliënt :

- Agressieve opstelling of aanmatigend gedrag van een bemiddelaar;
- Alleen contact mogelijk via het bemiddelingsbureau;
- Er is altijd iemand aanwezig van het bemiddelingsbureau, omdat de cliënt onvoldoende de Nederlandse taal machtig is;
- Wil alles persoonlijk met specifieke medewerker afhandelen;
- Geeft ontwijkende antwoorden bij vragen;
- Gaat niet in op contactverzoeken van de medewerker van de gemeente.

13. Programmaplan rechtmatige zorg, min VWS, 2015

14. Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2014, Zorgverzekeraars Nederland, 2015

De zorgverzekeraars hebben de volgende lijst met indicaties voor fraude:

BIJ DECLARATIES VAN CLIËNTEN:	
ONDERWERP	OMSCHRIJVING
Nota algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • eerder ingediend en afgewezen • extreem hoge bedragen • extreem hoge behandelfrequentie • verschillende handschriften /kleur pennen • ontbrekende verklaring arts • niet ondertekend declaratieformulier • declaratieformulier onvolledig ingevuld • gegevens zorgverlener kloppen niet • veel nota's van één hulpverlener • nota past niet bij het medisch verleden verzekerde • notanummering klopt niet • behandeling in relatie tot de dag in de week • overdreven veel stempels • typefouten in nota • opvallende afstand woonplaats/zorgverlener • verzekerde overlegt uitsluitend kopieën • basis van de nota is gekopieerd • plaats stempels op documenten telkens gelijk • Identieke handtekening (bijv. stempel) • aanpassingen in bedrag of data • gebruik postadres • nota/behandeling is niet gespecificeerd • gebruik correctiemiddelen • totaal van verstrekkingen nadert limietbedrag • max dekking: nota op naam ander gezinslid • restitutenota waar natura de regel is • nota niet op naam verzekerde/naam later toegevoegd • naam zorgverlener relatie familienaam • zelfde zorgverlener maar nota in andere opmaak
Gedrag verzekerde	<ul style="list-style-type: none"> • vaak bellende verzekerde • verzekerde belt zelf, wil niet teruggebeld worden • grote bedragen zijn voorgeschoten • wil alles met één medewerker afhandelen • is snel bereid met minder genoeg te nemen • dringt herhaaldelijk aan op snelle behandeling • informeert regelmatig naar de stand van zaken • is zelden te bereiken en/of neemt steeds zelf op • vermijdt duidelijke schriftelijke communicatie • de verzekerde vraagt vooraf naar de dekking • kort voordat de claim werd ingediend werd de premieachterstand voldaan • wil contant afrekenen • ontwijkende antwoorden bij vragen • opvallend goed op de hoogte van voorwaarden • dreigt al snel met stappen (advocaat, CVZ etc.) • omgeving mag niets weten • terugvragen van nota's door verzekerden • geen toestemming voor opvragen info bij derden

BIJ DECLARATIES VAN CLIËNTEN (VERVOLG):

ONDERWERP	OMSCHRIJVING
Buitenland	<ul style="list-style-type: none"> • nota afkomstig uit risicoland • geen contact met alarmcentrale • wel contact met alarmcentrale: verzekerde wil zelf betalen • onduidelijkheid over de valuta • tijdens elke buitenlandse reis kosten gemaakt • verzekering wordt vlak voor vertrek afgesloten • behandeling/indicatie niet in verhouding • hotelkosten als gevolg van ziekenhuisopname • nota contant betaald zonder betalingsbewijs, • nota contant betaald met geleend geld • gedeclareerd tarief is te hoog (naar Nederlands tarief) • ontbreken vertaling nota • vertaling door verzekerde zelf • ongevraagd vertaling bij nota • terugkerend incident • ontbreken voorschrift arts • geen nabehandeling in Nederland • hele familie medische kosten • verzekerde komt van oorsprong uit vakantieland

BIJ INSCHRIJVING VAN CLIËNTEN:

ONDERWERP	OMSCHRIJVING
Inschrijvingsformulier	<ul style="list-style-type: none"> • gebruik van een postbusadres • aanvraagformulier onvolledig • aanmeldingsformulier is niet ondertekend • verzekeringsverleden onbekend • ingangsdatum aanvraag verzekering is niet aansluitend aan 'vorige' verzekering • eerdere aanmeldingen bij andere verzekeraars zijn niet tot stand gekomen • gegevens niet bekend bij GBA • geheimadres in GBA • overige gezinsleden onder 18 jaar wonen op ander adres dan aanvrager • tandartsverklaring niet of onvolledig ingevuld • tandartsverklaring niet ondertekend
Onjuiste gegevens	<ul style="list-style-type: none"> • adres aanvrager bestaat niet • verstrekken van een vals rekeningnummer/rekening op naam van ander • verstrekken van onjuist/vals BSN • er zijn doorhalingen/wijzigingen op inschrijfformulier aangebracht • schrijfwijze namen/adressen niet consequent • eerdere aanvragen zijn niet tot stand gekomen • vreemdelingendocument ontbreekt/is aangepast • melding justitie over vervalsing c.q. ID-fraude
Gedrag verzekerde	<ul style="list-style-type: none"> • aspirant-verzekerde geeft geen toestemming voor opvraag medisch informatie (AV) • aanvrager wenst direct (voorlopig) polisblad • betrokkene reageert niet op verzoek aanvullende gegevens te verstrekken • na verzending vraagt verzekerde nieuw polisblad aan • heeft geheim telefoonnummer • heeft geen vaste woonplaats • vaak bellende verzekerde • verzekerde belt zelf, wil niet teruggebeld worden • wil alles met specifieke medewerker afhandelen • dringt herhaaldelijk aan op snelle behandeling • informeert regelmatig naar de stand van zaken • is zelden te bereiken en/of (in geval van contact) neemt steeds zelf op • vermijdt duidelijke schriftelijke communicatie • ontwijkende antwoorden bij vragen • dreigt al snel met stappen (advocaat, CVZ, etc.) • vraagt meerdere malen een offerte aan • binnen 6 maanden na ingangsdatum hoge kosten

BIJ ZORGVRELENERS:	
ONDERWERP	OMSCHRIJVING
Algemeen	<ul style="list-style-type: none"> • achterstandswijken • meer behandelingen declareren dan werkelijk gegeven • declareren van niet toegestane combinatiecodes • data veranderen zodat foutieve combinatiecodes toch worden vergoed • dubbele declaratie zowel digitaal als papieren nota's • behandeling op zon- en feestdagen • hoog aantal behandelingen per patiënt • behandeling van familieleden (of zichzelf) • na afwijzing volgt een nieuwe nota met een andere datum • nota's zonder logo zorgverlener • na volmaken van het cumulatief van verzekerde, declareren op naam van een gezinslid • veel declaraties van behandelingen vanuit de ZVW en niet vanuit AV
Paramedisch	<ul style="list-style-type: none"> • veel verschillende diagnosecodes bij één verzekerde • veel chronische patiënten • fysiotherapeut is ook alternatief genezer • fysiotherapiepraktijk zit in een sportschool • omzetten van een niet chronische naar chronische code • knippen van behandelingen
Hulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • de aanvraag vermeldt exact gewenste indicatie • veel declaraties van één leverancier bij een uitgebreide dekking • leverancier declareert altijd de maximale vergoeding van een verzekerde • leverancier declareert meteen nieuw hulpmiddel na afloop gebruikstermijn van oude hulpmiddel • frequent declareren van toebehoren van hulpmiddel (denk aan batterijen)
Alternatief	<ul style="list-style-type: none"> • zorgverlener zit op grote afstand van de woonplaats van verzekerde • alternatief arts is tevens andere zorgverlener (bijv. fysiotherapeut) • declaratie eerste acht behandelingen van patiënt dan naar volgend gezinslid • nota's zijn niet gespecificeerd (behandelsoort + behandeldatum) • handmatig vermelden lidmaatschap beroepsvereniging
Vervoer	<ul style="list-style-type: none"> • declareren van afwijkende kilometers • naast declaratie van vervoer geen declaratie voor behandeling op die dag • veel declareren van rolstoelvervoer