

“Een wereld te winnen”

Over zorgfraude (Wmo 2015 en Jeugdwet)

Publieksversie

Juni 2020



Opdrachtgever: VNG Naleving

Inhoud

1.	Zorgfraude op de agenda	2
1.1	Onderzoeksvragen	2
1.2	Jeugdhulp en Wmo-zorg	3
1.3	Oog voor frauderisico's	4
1.4	Over het onderzoek: activiteiten en reikwijdte	5
2.	In antwoord op de onderzoeksvragen	7
2.1	De aard van de zorgfraude	7
2.2	Zorgfraude: methoden	9
2.3	Zorgfraude: gelegenheidsstructuren	12
2.4	Aanbevelingen	15

Colofon

Dit rapport is opgesteld door dr. Edward van der Torre en Maaïke Heijkoop MSc van LokaleZaken te Rotterdam. Zie www.lokalezaken.com.

1. Zorgfraude op de agenda

1.1 Onderzoeksvragen

Het takenpakket van gemeenten is, met de invoering van de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015, aanzienlijk uitgebreid.¹ De decentralisatie werd onder meer doorgevoerd om beter maatwerk te leveren, om het aantal hulpverleners per huishouden te reduceren en om de relatie met de cliënten te intensiveren. In direct contact met de cliënt kan, zo was de beleidstheorie, gebruik gemaakt worden van zelfredzaamheid om onnodige escalatie van de problematiek (en zorgkosten) te voorkomen. 'Meer voor minder' was de bedoeling; effectiever en goedkoper, want de decentralisatie ging gepaard met bezuinigingen.²

Reeds in 2015 komen de eerste casus in beeld waarbij vermoedelijk (grove) zorgfraude is gepleegd. De term zorgcowboys bestaat nog niet, maar het valt op dat het blijkt te kunnen gaan om hoge winsten van kleine bedrijven. Zie tabel 1.1.

Tabel 1.1: Een 'vroeg' casus (2015)

Ze stonden altijd klaar om een klusje op te knappen. Voor veel Turkse ouderen in Schiedam kwamen de drie zussen en hun thuiszorgbureaus als een geschenk uit de hemel. Drie landgenoten die ze blind konden vertrouwen en gratis zorg konden regelen. Gewoon even wat handtekeningen zetten en klaar. En dan ook nog, als extraatje, het jaarlijkse gratis tripje naar een Turkse badplaats. Zo fijn geregeld, die vakantie. Nee, over de dames niets dan goeds. Het rooskleurige beeld bij de eerste generatie Turken over de drie zussen begint pas afgelopen zomer voorzichtig te kantelen, als het Openbaar Ministerie twee zussen en een echtgenoot oppakt. De verdenking: miljoenenfraude. (Bron: letterlijk geciteerd uit: <https://eenvandaag.atavist.com/zorgzussen>)

Bij zorgfraude worden opzettelijk regels overtreden, gericht op eigen of andermans (financieel) gewin. Het gaat om doelbewust onrechtmatig handelen, zoals het geven van een onvolledige of onjuiste voorstelling van zaken of het verstrekken van onjuiste informatie over de verleende of gefactureerde zorg. De basis van zorgfraude is een onjuiste declaratie. Zo'n foute declaratie wordt zorgfraude als aan drie criteria wordt voldaan: regelovertreding; een wederrechtelijk voordeel; en bewust handelen.

De omschrijving is klinisch, maar de fraudepraktijk is dat bepaald niet vanwege de hoge bedragen waarmee wordt gefraudeerd. Er zijn sinds 2015 studies en artikelen verschenen over zorgfraude. De rode draad in die publicaties is dat zorgfraude een belangrijk vraagstuk is bij de uitvoering van de Wmo 2015 en van de Jeugdwet. Het betreft onder andere publicaties van instituties die actief zijn in de zorgsector of in het binnenlands bestuur, zoals het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ), de Nederlandse Zorgautoriteit (Nza) en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).³ Er verschijnen enkele wetenschappelijke publicaties, zoals de studie 'Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke sociale domein'.⁴ Daarnaast springen journalistieke publicaties

¹ Het maakte deel uit van de zogenoemde drie decentralisaties in het sociale domein, per januari 2015. Het betrof de Jeugdwet, Participatiewet en de overgang van ondersteuning, begeleiding en verzorging van de AWBZ naar de Wmo 2015.

² Een korting van 150 miljoen euro op de jeugdzorg en overheveling van extramurale begeleiding en verzorging vanuit de AWBZ naar de Wmo met een korting van 25 procent.

³ Zie <https://www.ikz.nl/documenten>;

<https://puc.overheid.nl/nza/zoeken/resultaat/t/0/q/zorgfraude/s/relevantie/gdlv/1/b/0/>;

<https://vng.nl/artikelen/documenten-aanpak-zorgfraude>

⁴ Fenger, M., Chin-A-Fat, N., Frankowski, A., & van der Torre, L. (2016). Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke domein. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

in het oog, waaronder een reeks artikelen op het platform *Follow the Money*. Er zijn experts die (via sociale media) publiceren, zoals Bugter.⁵ Belangrijke boodschappen zijn:

- Het is tamelijk gemakkelijk om zorgfraude te plegen.
- Zorgfraude heeft vaak een georganiseerd karakter.
- Het kan bij een kleine zorgaanbieder of bij een aanbieder van eenvoudige diensten (bijvoorbeeld huishoudelijke hulp) gaan om forse fraudebedragen per jaar (vele tonnen of enkele miljoenen).
- Een categorie zorgfraudeurs maakt slachtoffers.

Deze rapportage brengt de praktijk van zorgfraude in beeld en laat zien hoe fraudeurs handelen.⁶ Daartoe worden de volgende onderzoeksvragen beantwoord:

1. Wat is de aard van de zorgfraude op het terrein van de Wmo 2015 en Jeugdwet?
2. Wat zijn methoden waarmee door rechtspersonen zorgfraude wordt gepleegd op het terrein van de Wmo 2015 en Jeugdwet?
3. Wat leren frauduleuze methoden over gelegenheidsstructuren voor zorgfraude op het terrein van de Wmo 2015 en Jeugdwet?
4. Welke aanbevelingen kunnen worden geformuleerd om de zorgfraude op het terrein van de Wmo 2015 en Jeugdwet te verminderen?

Deze publieksversie geeft, in het volgende hoofdstuk, bondig antwoord op deze vragen. Dit hoofdstuk gaat kort in op de Jeugdwet en de Wmo 2015 en op de onderzoeksactiviteiten die we hebben verricht.

1.2 Jeugdhulp en Wmo-zorg

Inmiddels wordt op grote schaal jeugdhulp en Wmo-zorg geleverd. Dit gebeurt via algemene voorzieningen, zogenoemde zorg in natura (ZiN) of een persoonsgebonden budget (pgb). Bij ZiN wordt de ondersteuning geleverd door een zorgaanbieder⁷ waarmee de gemeente een contract/subsidieregeling heeft afgesloten. Als een pgb wordt verstrekt aan een inwoner, kan hij of zij daarmee zelf zorg, hulpmiddelen of woningaanpassing inkopen.⁸ Met een pgb kan een inwoner zorg inkopen die wordt verleend door een professionele zorgaanbieder of door personen uit zijn of haar het sociale netwerk. Wie een budget krijgt, is budgethouder, kiest de zorgverlener en maakt met de zorgverlener afspraken over de inhoud en betaling van de zorg. De uitbetaling verloopt vandaag de dag via de sociale verzekeringsbank (SVB). Uitkering van het budget aan inwoners bleek fraudegevoelig.

De aard van de voorzieningen die wordt geleverd, loopt uiteen. Het gaat bij jeugdhulp in het

⁵ Zie <https://www.sociaalweb.nl/auteurs/ben-bugter>

⁶ De werkwijzen van fraudeurs worden in de publieksversie niet in detail beschreven, omdat dit rapport anders te veel tips voor zorgfraudeurs zou bevatten. Het is voor professionals wel nuttig om hier kennis van te nemen. Dat kan via toegang tot niet-gepubliceerde delen of door trainingen / presentaties die daarop zijn gebaseerd.

⁷ Als we de term zorgaanbieder gebruiken, doelen we op formele zorgaanbieders; natuurlijke personen en rechtspersonen die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen. De term kan ook betrekking hebben op informele zorgaanbieders; natuurlijke personen die niet beroeps- of bedrijfsmatig zorg verlenen. Als dit laatste het geval is, vermelden we dit in de tekst.

⁸ Een budgethouder, wettelijk vertegenwoordiger of gewaarborgde hulp wordt getoetst op tien punten voor pgb-vaardigheid. Zie <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/vraag-en-antwoord/pgb-vaardigheid>

kader van de Jeugdwet onder meer om ondersteuning bij opvoedingsproblemen, geestelijke gezondheidszorg, zorg bij een (lichte) verstandelijke beperking, individuele begeleiding of dagbesteding in groepsverband. Bij Wmo-zorg kan onder meer worden gedacht aan huishoudelijke hulp, begeleiding, beschermd wonen, begeleid (zelfstandig) wonen, dagbesteding of aanpassingen aan of voorzieningen in de woning.

Het lokaal bestuur kreeg beleidsvrijheid om invulling te geven aan de decentrale zorg en verantwoordelijkheden, zoals het organiseren van toezicht en fraudebestrijding. De Jeugdwet (art 2.9) en Wmo 2015 (art 2.1.3) schrijven voor dat gemeenten, bij verordening, regels vaststellen ten behoeve van het rechtmatigheidstoezicht. De Wmo 2015 (art 6.1) vereist dat gemeenten toezichthouders aanstellen. In het kader van de Wmo 2015 ligt het kwaliteitstoezicht in handen van de gemeenten, maar wat de Jeugdwet betreft is dit een taak voor de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

Tabel 1.2: Enkele belangrijke bepalingen in de Wmo 2105 en Jeugdwet (Bron: VNG factsheet)

<p>Wmo 215</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De gemeente houdt toezicht op rechtmatigheid en kwaliteit. ▪ De gemeente is verplicht een toezichthouder aan te stellen, maar is vrij bij het bepalen van de omvang (in fte.) en positionering in de organisatie. ▪ De toezichthouder is verantwoordelijk voor calamiteitentoezicht. ▪ Toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid kan worden gecombineerd of gescheiden, bijvoorbeeld kwaliteitstoezicht door de GGD en rechtmatigheidstoezicht door sociaal rechers die zijn aangewezen als toezichthouder. ▪ De gemeente is verantwoordelijk voor het stellen van regels voor, en het handhaven van, de kwaliteit van de ondersteuning én voor de continuïteit daarvan. ▪ Per verordening stelt de gemeente kwaliteitseisen op over het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik.
<p>Jeugdwet</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De gemeente is verantwoordelijk voor het rechtmatigheidstoezicht. ▪ Per verordening stelt de gemeente regels op over het bestrijden van misbruik en oneigenlijk gebruik. ▪ Er is niet vastgelegd dat de gemeente een toezichthouder moet aanwijzen, maar de gemeente dient door de aanbieders ingediende declaraties te (laten) controleren alvorens te betalen. ▪ Het kwaliteitstoezicht wordt verricht door de IGJ. ▪ Gemeenten voeren het kwaliteitstoezicht niet uit, maar hebben wel een rol bij het doorgeven van signalen over (mogelijke) kwaliteitsproblemen samenwerkingsverband Toezicht Sociaal Domein/Samenwerkend Toezicht Jeugd of het IKZ.

1.3 Oog voor frauderisico's

Gemeenten hebben een dubbele taak, namelijk een klantgerichte zorgtaak en bestrijding van (opzettelijk) onrechtmatig verleende zorg. Die klantgerichte taak sluit beter aan bij de gangbare ambtelijke cultuur en werkstijl op het sociale domein, dan fraudebestrijding. Toch krijgen gemeenten al doende, niet zelden gevoed door een fraudecasus in de eigen gemeente of regio, meer oog voor frauderisico's. Het resulteert in maatregelen. Voorbeelden zijn screening bij het afsluiten van zorgovereenkomsten of trainingen over zorgfraude. Gesprekken met klanten kunnen worden gebruikt voor de dubbele taak: bezien of de zorg afdoende is én aftasten of er zorgfraude in het spel kan zijn. Frauderisico's worden gezien, maar het is op gemeenteniveau niet altijd duidelijk wat daar het best tegen kan worden gedaan. Er kunnen op hoofdlijnen enkele fasen worden onderscheiden wat betreft de gemeentelijke zorgtaak.

De *hectische fase* (ca. 2015 en 2016). In deze periode staan de reorganisatie en continuïteit van de zorg centraal. Dat is een opgave die veel energie vergt en noodzakelijk is. Het juridisch kader is in korte tijd ontwikkeld en wordt nu in de praktijk getest op fraudebestendigheid. Uit casus blijkt dat er soms (grove) zorgfraude wordt gepleegd, ook door kleine (pas opgerichte) zorgaanbieders.

De *pioniersfase* (ca. 2017 en 2018). De eerste, meest noodzakelijke, stappen zijn gezet. In de uitvoeringspraktijk zoeken gemeentebestuurders en uitvoerende professionals naar hun rol. Het organiseren van het toezicht op de zorg krijgt gestalte. Rapporten en inventarisaties wijzen op risico-indicatoren op frauderisico's.^{9 1011} Toch is er binnen het gemeentelijke zorgdomein vaak nog geen cultuur die gericht is op preventie en bestrijding van zorgfraude. De eerste ervaringen worden daarmee opgedaan, maar er bestaan aanzienlijk verschillen tussen gemeenten.

De *bewustwordingsfase* (ca. 2018 – heden). In deze fase komt meer informatie beschikbaar over frauderisico's en fraudegevallen. Van lieverlee wordt duidelijk dat op het sociale domein een wezenlijk verschil bestaat tussen uitkeringsfraude en zorgfraude. Het instrumentarium voor uitkeringsfraude is gericht op individuele fraudeurs. Zorgfraude heeft dikwijls een (meer) georganiseerd karakter. Bovendien is de fraude lastiger vast te stellen en ligt de fraude voornamelijk in handen van malafide ondernemingen. Dit georganiseerde karakter vraagt om andere vaardigheden en kennis (o.a. afwijkende patronen in geldstromen ontdekken en achtergrondonderzoek naar personen en rechtspersonen) dan doorgaans aanwezig zijn binnen gemeentelijke afdelingen.

Vandaag de dag is het tijd om gestalte te geven aan de dubbele opdracht: kwalitatief goede en eerlijke zorg, dus inclusief fraudebeheersing. Zorg voor mensen die dat nodig hebben, tegen een gepaste prijs, maar ook aanpak van frauduleuze zorg. Het komt erop aan om fraudepreventie en fraudebestrijding in te bedden in het bestuurlijk en ambtelijk handelen. Er valt daarbij "een wereld te winnen".

1.4 Over het onderzoek: activiteiten en reikwijdte

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, hebben we verschillende onderzoeksactiviteiten verricht. Ten eerste een literatuur- en documentstudie. We hebben wetenschappelijke literatuur benut, maar ook (jaar)rapportages van instanties die betrokken zijn bij de aanpak van zorgfraude, journalistieke artikelen (met name een reeks publicaties van *Follow the Money*) en bijdragen van experts op sociale media (met name Linked-in artikelen, onder andere van Ben Bugter). Ten tweede hebben we vraaggesprekken gevoerd met in totaal 22 personen, werkzaam bij elf verschillende organisaties, namelijk de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), twee regionale informatie en expertise centra (RIEC), het IKZ, de VNG en de gemeenten Tilburg, Den Haag, Zaanstad, Rotterdam, Nijmegen, Almelo en Hengelo. Deze gesprekken hadden bijna allemaal plaats in de eerste vier maanden van 2020. Het betreft respondenten die in de dagelijkse praktijk betrokken zijn bij de aanpak van zorgfraude en hierover al doende expertise hebben opgebouwd. Ten derde hebben we ons onderzoekarchief secundair benut, met name onderzoek naar ondermijning op lokaal niveau,

⁹ VNG, & IKZ. (2018). Rechtmatigheid in de Wmo 2015 en de Jeugdwet. Geraadpleegd via https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2018/rechtmatigheid-in-de-wmo-2015-en-de-jeugdwet-handreiking-voor-gemeenten_20180214.pdf

¹⁰ VNG. (2017). Factsheet Routekaart Risico-indicatoren. Geraadpleegd via https://vng.nl/sites/default/files/publicaties/2017/170201_-_factsheet-routekaart-risico-indicatoren.pdf

¹¹ Fenger, M., Chin-A-Fat, N., Frankowski, A., & van der Torre, L. (2016). Naar rechtmatige zorg in het gemeentelijke domein. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

waarbij onder andere zorgfraude werd beschreven. We hebben de inzichten die we zo opdeden gebruikt bij de voorbereiding en uitvoering van de vraaggerekenen. Ten vierde hebben we - in samenspraak met de leescommissie - een consultatieronde georganiseerd. Zestien organisaties (VNG, VWS, Inspectie SZW, IGJ en twaalf gemeenten) hebben feedback gegeven op een conceptversie van deze publieksversie. Het betreft de gemeenten Almelo, Almere, Eindhoven, Enschede, Hengelo, Noordoostpolder, Rotterdam, Sittard-Geleen, Utrecht, Zaanstad, Zoetermeer en Zwolle. Deze feedback is grotendeels op papier aangeleverd. Drie medewerkers van de Inspectie SZW hebben hun reactie (ook) gegeven via een videoconferentie. Ten vijfde hebben we geprofitteerd van de kennis en opmerkingen van een leescommissie. Die commissie bestond uit Jan-Willem Sies (gemeente Tilburg), Ingrid Hoogstrate en Dennis Kragten (VNG Naleving) en Elise Luijcx (VNG Beleid).

We zijn iedereen die aan het onderzoek heeft bijgedragen dankbaar voor hun tijd en informatie. Het spreekt voor zich dat de onderzoekers verantwoordelijk zijn voor de inhoud van de rapportage.

Deze rapportage is een kwalitatieve fenomeenstudie. Dat betekent dat we generaliseren naar het onderzochte verschijnsel: zorgfraude. We brengen niet de omvang van de zorgfraude in kaart. Daar wordt op dit moment onderzoek naar gedaan door de Inspectie SZW. Dit rapport laat zien dat het gemakkelijk én winstgevend is om zorgfraude te plegen. Dit is een ongelukkige combinatie die vraagt om actie. Dit onderzoek is ook geen evaluatie. We spraken geen enkele respondent die de decentralisatie zou willen terugdraaien. Dat gold ook voor respondenten die, op kritische toon, wezen op gemakkelijke manieren om zorgfraude te plegen.

Het is, zo blijkt uit deze studie, lastig om zorgfraude in beeld te krijgen en te bewijzen. Een casus waarbij (volgens respondenten) vermoedelijk of hoogstwaarschijnlijk zorgfraude wordt gepleegd, wordt lang niet altijd opgepakt en bewezen. Als een casus wordt opgepakt, wordt mogelijk een schikking getroffen, een cliëntenstop opgelegd of worden kwaliteitsverbeteringen afgedwongen. Dit past niet altijd bij het opzettelijke karakter van de overtreiding of bij de maatschappelijke overtuiging dat er sprake is van ernstige strafbare feiten. We baseren ons bij de beantwoording van de onderzoeksvragen ook op casus waarbij zorgfraude niet is bewezen, maar die (volgens respondenten) wel degelijk laten zien hoe zorgfraudeurs opereren.

2. In antwoord op de onderzoeksvragen

Inleiding

Frauderende zorgaanbieders die in korte tijd veel geld verdienen, werken aanbod-gestuurd. Voor de dienstverlening waarmee ze een hoge winst kunnen boeken, gaan ze op zoek naar cliënten. Frauderende aanbieders hebben de voorkeur voor cliënten die niet moeilijk doen of die tevreden zijn, ondanks opzettelijke kwalitatieve zorgtekorten. Vanwege die tekorten worden weinig resultaten geboekt, maar wel winst: “Veel fraude zit met name in het inleveren op kwalitatief goede zorg. Dit betekent dat ongeschoold personeel wordt ingezet, niet aan individuele doelen wordt gewerkt en cliënten niet het juiste aantal uren zorg krijgen.” (gemeenteambtenaar) Het is gemakkelijk voor zorgaanbieders om de kwaliteit van de zorg te veronachtzamen als gemeenten verzuimen om duidelijke normen en eisen op te stellen over de aard en kwaliteit van de zorg die moet worden geleverd. Dat is namelijk de basis voor toezichthouders of contractmanagers om te handhaven. Als die basis niet op orde is, wordt handhaving een lastig of onmogelijk traject.

Zorgfraude is een gevaar voor doelstellingen in de zorgsector. Frauduleuze zorg is vaak niet cliëntgericht, maar aanbod-gestuurd; niet gericht op resultaten, maar op cliënten die gebrekkige resultaten en inspanningen accepteren; niet gericht op kostenbeheersing, maar op maximalisatie van de overheidsuitgaven; en niet gericht op het stimuleren van zelfredzaamheid, maar op het uitmelken en/of fingers van zorgbehoeften.

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksvragen beantwoord. Er worden aanbevelingen geformuleerd, waarbij het belangrijkste is dat de basis op orde wordt gebracht: heldere normen en eisen formuleren over de aard en kwaliteit van de zorg én zorgen voor voldoende capaciteit voor rechtmatigtoezicht. Dit levert geen regeldruk, bureaucratie of extra werk op, maar noodzakelijke handvaten voor de aanpak van zorgfraude.

2.1 De aard van de zorgfraude

Vraag 1: Wat is de aard van de zorgfraude op het terrein van de Wmo 2015 en Jeugdwet?

Zorgfraude wordt vaak gepleegd door zorgaanbieders en heeft verschillende concrete verschijningsvormen, met als top-3: spookzorg (gedeclearde zorg die niet is geleverd); op-coderen (een aanbieder declareert een duurder behandeling dan de geleverde zorg rechtvaardigt); en frauduleuze onder-behandeling (zorgaanbieders leveren een dienst, maar de kwaliteit daarvan wordt bewust op zo'n laag en goedkoop niveau gebracht dat dit veel winst oplevert).

Kleine zorgaanbieders kunnen voor hoge bedragen frauderen, zo bleek uit een reeks artikelen op platform *Follow The Money*. Het valt op dat veel frauderende zorgaanbieders cliënten koppelen aan zorgproducten waarmee winst gemaakt kan worden. Bij veel zorgfraude ligt het initiatief bij de zorgaanbieder. Deze fraude is niet cliëntgericht of resultaatgericht, maar aanbod-gestuurd. Veel fraudeurs zoeken naar cliënten die een zorgproduct aan kunnen vragen waarmee gemakkelijk (veel) winst gemaakt kan worden. Dit vergt cliënten die zorgtekorten accepteren of zich daarvan niet bewust zijn. Er zijn verschillende soorten cliënten die door frauderende zorgaanbieders worden 'gebruikt', namelijk:

- Cliënten die zorg ontvangen, maar niet weten dat er te hoge bedragen worden gefactureerd;

- Cliënten die merken dat ze minder zorg krijgen dan de bedoeling is, maar die dit accepteren vanwege een afhankelijke positie. Ze weten niet goed hoe ze dit op kunnen lossen of zijn angstig dat ze datgene wat ze wel krijgen (bijvoorbeeld dagbesteding of beschermd wonen) kwijt raken;
- Er zijn cliënten die niet alleen onvoldoende zorg krijgen, maar ook het slachtoffer worden van uitbuiting. Bijvoorbeeld criminele uitbuiting (henneptoppen knippen), arbeidsuitbuiting (arbeid die te zwaar is voor dagbesteding) of seksuele uitbuiting.¹²
- Cliënten die worden gepaaid met cadeaus (van reisjes naar het buitenland tot luxe goederen), zodat ze bereid zijn mee te werken aan een zorgaanvraag of aan het continueren van de zorg. Dit werkt in de hand dat cliënten geen kritische vragen stellen over de kwaliteit of rechtmatigheid van de zorg en dat ze meewerken met de zorgaanbieder. Bijvoorbeeld bij instructies over verklaringen die moeten worden afgelegd tegenover gemeenteambtenaren.
- Cliënten die - net als de zorgaanbieder, maar op kleinere schaal - profiteren van zorgfraude. Bijvoorbeeld mensen die weten dat zorggelden feitelijk worden gebruikt om de huur te betalen.

Verschillende respondenten zien een verschuiving. Een aantal jaar geleden zagen zij hoofdzakelijk cliënten die voor het karretje werden gespannen door zorgaanbieders, maar tegenwoordig zien ze daarnaast vaker cliënten die cadeaus ontvangen of op een andere manier profiteren. Dit biedt voordelen voor de zorgaanbieder, omdat het gemakkelijk is om tevreden cliënten te instrueren over wat ze tegen de gemeente moeten verklaren bij herindicatie of bij verhoren in het kader rechtmatigheidsonderzoek.

Drie vormen van fraude

We onderscheiden drie vormen van fraude. De zogenoemde zorgcowboys – kleine zorgaanbieders met woekerwinsten – vallen in de eerste categorie en springen vandaag de dag het meest in het oog, ook in onze interviewronde. Het gaat om de volgende drie verschijningsvormen:

- a. Netwerkfraude
- b. Organisatiefraude
- c. Informele fraude

Ad a.) Netwerkfraude

Bij zorgfraude gaat het - voor zover in beeld - relatief vaak om zorgaanbieders die opereren vanuit een klein netwerkje met vertrouwelingen dat is ingebed in een ruimer sociaal netwerk.

Zorgaanbieders benutten bronnen (kennis, middelen, vastgoed en sociale contacten) die beschikbaar zijn in dit netwerk om zorgfraude op te zetten, uit te voeren en af te schermen. Netwerkfraude krijgt gestalte langs (enkele van) de volgende lijnen:

- In de sociale omgeving worden cliënten geworven voor zorgproducten waar gemakkelijk (bij voorkeur veel) geld aan kan worden verdiend.
- Geld wordt benut om vastgoed te huren, om personeel te werven en te betalen, en om facilitators (onder andere financiële en juridische dienstverleners en beleidsadviseurs) in te

¹² IKZ. (2019). Fraude en zorgverwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen. Geraadpleegd via <https://www.ikz.nl/documenten/publicaties/2019/11/12/fraude-en-zorgverwaarlozing-bij-beschermd-en-begeleid-wonen>

huren die helpen bij het opzetten en managen van zorgaanbieders en/of bij het opstellen van zorgplannen.

- Vastgoed wordt gebruikt voor beschermd wonen of ten behoeve van dagbesteding. Zorggelden kunnen worden gebruikt om hoge huursommen te betalen. Zo lijkt er geen woekerwinst te worden gemaakt door de zorgaanbieder, terwijl enkele sleutelfiguren uit het netwerk via vastgoedhuur wel degelijk jaarlijks veel zorggeld opstrijken.
- Familieleden of vrienden worden ingepast in de (complexe) bedrijfsstructuur.
- Een netwerk van zorgaanbieders, met verbanden tussen ogenschijnlijke losse zorgaanbieders. Bepaalde personen lijken kruispunt-fraudeurs, actief op het snijvlak van verschillende zorgaanbieders. Als een zorgaanbieder wordt aangepakt (b.v. een rechtszaak, terugvordering en/of cliëntenstop), draaien andere aanbieders door. Ook kan – bijvoorbeeld na een ‘strategisch faillissement’ van een zorgaanbieder - een nieuw bedrijf worden opgestart dat de plaats overneemt van de aanbieder die in de knel is geraakt.
- Contacten in de bovenwereld. Tot het sociale netwerk blijken personen te kunnen behoren die werken bij de overheid (onder andere bij gemeenten) of die politiek actief zijn. Op deze manier raakt zorgfraude vermengt het gemeentelijk integriteitsbeleid.
- Contacten in de onderwereld. Gezinsleden, familieleden of goede kennissen van zorgfraudeurs kunnen onder meer actief zijn in de criminele drugswereld, betrokken zijn bij witwassen of actief bij het huisvesten van arbeidsmigranten, mogelijk inclusief arbeidsuitbuiting. Zo raakt zorgfraude verweven met de integrale aanpak van ondermijning.

Ad b.) Organisatiefraude

Er bestaat een belangrijk verschil tussen netwerkfraude en organisatiefraude. Bij netwerkfraude staan zorgaanbieders centraal die (lijken te) zijn opgericht om fraude te plegen, terwijl dat bij organisatiefraude niet zo is. Bij deze laatste vorm van fraude gaat het om bedrijven die met oprechte bedoelingen zijn opgericht. Toch worden de organisatorische kennis en middelen benut om systematisch (dus: niet-incidenteel) en opzettelijk onrechtmatig te declareren. Er worden bijvoorbeeld te veel uren gedeclareerd of de tijd die wordt besteed aan administratief werk wordt onrechtmatig in rekening gebracht. Het gaat om kleine fraudebedragen per cliënt; veel minder dan bij de zogenoemde zorgcowboys. Als het volume van de zorg groot is (veel cliënten), gaat het nog altijd om grote bedragen, mogelijk meer dan bij zorgcowboys. Vanwege de prioriteit bij rechtmatigheidsonderzoeken voor woekerfraude met pgb's door kleine zorgaanbieders, ontstaan er fraudekansen voor grote zorgaanbieders die ZiN leveren. Die prioriteit leidt er ook toe dat netwerken van kleine zorgaanbieders hun fraudepraktijken gedeeltelijk verplaatsen van pgb-zorg naar ZiN. Dit valt dan nog steeds in de categorie netwerkfraude.

Ad c.) Informele fraude

Er wordt ook informele fraude gepleegd. Het betreft gezinnen, families of kleine sociale kringen waar zogenoemd informele pgb-zorg wordt geleverd, terwijl het in feite gaat om een gefingeerde zorgbehoefte en zorgfraude. Zo kwam bij het veldwerk een gezin in beeld waar de vader zorg gaf aan een zoon, de moeder aan twee zonen, de ene zoon aan een andere, een zoon aan zich zelf zorg verleende en een zoon zorg kreeg van een aanbieder. Het frauduleuze zorggeld dat zo wordt ontvangen kan in de buurt komen van (of zelfs hoger liggen dan) het bruto jaarinkomen van de betrokkenen.

2.2 Zorgfraude: methoden

Vraag 2. Wat zijn methoden waarmee door rechtspersonen zorgfraude wordt gepleegd op het terrein van de Wmo 2015 en Jeugdwet?

We maken onderscheid tussen fraude-strategieën en -tactieken. Bij strategieën gaat het om het opbouwen en benutten van een infrastructuur voor zorgfraude. Fraude-tactieken zijn concrete activiteiten om fraude te plegen of af te schermen. Er komen zes fraude-strategieën in beeld en maar liefst 63 fraude-tactieken. De 63 micro-tactieken vatten we niet één voor één samen, al geeft tabel 2.1 een beknopt overzicht. We troffen de volgende zes strategieën aan bij zorgfraude door rechtspersonen:

1. *Cliënten zoeken in de sociale omgeving.* Zorgfraudeurs nemen het initiatief om cliënten te benaderen, want ze werken aanbod-gestuurd door cliënten te koppelen aan een preferent zorgproduct. Voor één of enkele productcategorieën wordt gezocht naar ideale cliënten. Er wordt onder meer gezocht naar cliënten met geringe bureaucratische competentie (zorgtekorten blijven dan eerder onopgemerkt), naar cliënten in een afhankelijkheidspositie (zorgtekorten worden dan eerder geaccepteerd) en naar cliënten die zich laten paaien met cadeaus of doordat ze ook zelf profiteren van de fraude.
2. *Frauderen in een kleine coalitie van fraudeurs.* Zorgfraude heeft vaak een georganiseerd karakter, waarbij fraudeurs - ook als ze zijn ingebed in een ruimer netwerk (zie 2.1 over netwerkfraude) - in een kleine kring met vertrouwelingen de details delen. Het gaat om een kleine fraudecoalitie van één of enkele kopstukken, met daar omheen een beperkt aantal financieel profiterende hulpkrachten. In deze coalitie is kennis aanwezig over het zorgsysteem, beschikt men over de *know how* om op papier goede zorg aan te bieden en om administraties of verklaringen over de financiën te kunnen overleggen. Zorgfraudeurs zijn reflexief, in die zin dat ze hun werkwijze aanpassen op overheidsbeleid.
3. *Verhullende bedrijfsconstructies.* Zorgfraudeurs zetten, met behulp van *facilitators*, geregeld een complexe bedrijfsstructuur op. Die bedrijfsstructuur is niet functioneel voor de zorgactiviteiten, maar gericht op het verhullen van frauduleuze geldstromen.
4. *Meebewegen en sanctieminimalisatie.* Een categorie zorgfraudeurs werkt gemeenten actief tegen, maar anderen bewegen - waar nodig - mee bij verzoeken of deel-kritiek.¹³ Ze proberen niet (negatief) op te vallen, hebben basale zaken op orde en vermijden vragen die moeilijk vallen te beantwoorden. Als een gemeente toch overgaat tot materieel rechtmatigheidsonderzoek, wordt een dubbelstrategie ingezet: de kosten voor de gemeente maximaliseren (tijdrovend onderzoek, lastige rechtszaken en cliënten die in de kou staan) en eventuele sanctiekosten minimaliseren (informatie achterhouden, een zo klein mogelijk verlies nemen en mogelijk aansturen op een schikking). Frauderende rechtspersonen nemen gangbare sancties letterlijk op de koop toe.

¹³ Bugter, B. (2020). 10 verhalen die je altijd hoort als er (te) veel wordt overgehouden in het sociaal domein. Geraadpleegd via <https://www.sociaalweb.nl/blogs/10-verhalen-die-je-altijd-hoort-als-er-te-veel-wordt-overgehouden-in-het-sociaal-domein>

5. *Strategische verplaatsingen: bedrijf, domein en gebied.* Frauderende zorgaanbieders verplaatsen activiteiten: geografisch, tussen wettelijke domeinen en tussen bedrijven (bv's of stichtingen). Dit is deels risicospreiding en benutting van fraudekansen, maar mogelijk (ook) een strategische reactie op overheidsoptreden. Een recente trend bestaat uit verplaatsing van fraude met pgb-zorg naar fraude bij ZiN natura, omdat bij toezicht de prioriteit uitgaat naar pgb-fraude. Het komt regelmatig voor dat een zorgaanbieder die in opspraak raakt, wordt opgeven of failliet gaat om buiten schot te blijven. Tegelijkertijd blijven betrokken personen geld verdienen via andere zorgaanbieders (rechtspersonen) of ze starten een nieuw zorgbedrijf.
6. *De kaasschaaf.* Er wordt een gering bedrag gefraudeerd per cliënt (bijvoorbeeld administratiekosten declareren). Bij een grote (gecontracteerde) zorgaanbieder kan het desondanks gaan om hoge bedragen.

Tabel 2.1: beknopte weergave van fraude-tactieken¹⁴

Er komen 63 fraude-tactieken in beeld, verdeeld over tien categorieën.

- *Strategisch declareren.* Onder andere op-coderen.
- *Ronselen en beïnvloeden van cliënten.* Hierbij worden veertien micro-tactieken gehanteerd, zoals het instrueren van cliënten, premies op het aanbrengen van cliënten, lokken met huisvesting, dreigen met huisuitzetting of misbruiken van goedgelovigheid.
- *Ontoereikende zorg.* Onder meer te veel uren declareren, te grote groepen, nietszeggende dagbesteding en verschuilen achter povere en slecht controleerbare zorgplannen.
- *Valse gronden,* zoals het vervalsen van documenten (b.v. diploma's en urenlijsten).
- *Zware indicaties misbruiken.* Bijvoorbeeld alleen inschrijven op zware varianten van producten, geplande zorg leveren zonder noodzaak of de indicatie verzwaren maar de zorg op hetzelfde niveau houden.
- *Verborgene geldstromen en te hoge beloningen voor bestuurders.*
- *Rommelen met personeel.* Te laag opgeleid personeel (soms zelfs stagiaires) inzetten en uitzendkrachten onderbetalen.
- *Afschuiven van de schuld.* Kritiek op tarieven, personeel de schuld geven of de administratie kwijtraken.
- *Relatiebeheer met de gemeente.* De gemeente opzadelen met problemen bij stop zetten zorg, misstanden afkopen en lastige vragen vermijden in gesprekken, bijvoorbeeld door kritiek te leveren op de gemeente.
- *Onder de radar blijven.* Opereren in verschillende zorgdomeinen of gemeenten.

¹⁴ De werkwijzen van fraudeurs worden in de publiekversie niet in detail beschreven, omdat dit rapport anders te veel tips voor zorgfraudeurs zou bevatten. Het is voor professionals wel nuttig om hier kennis van te nemen. Dat kan via toegang tot niet-gepubliceerde delen of door trainingen / presentaties die daarop zijn gebaseerd.

2.3 Zorgfraude: gelegenheidsstructuren

Vraag 3: Wat leren frauduleuze methoden over gelegenheidsstructuren voor zorgfraude op het terrein van de Wmo 2015 en Jeugdwet?

Het is voor zorgaanbieders gemakkelijk om profijtelijke zorgfraude te plegen, terwijl het - als spiegelbeeld daarvan - moeilijk is voor gemeenten om opzettelijke onrechtmatigheden in de besteding van zorggeld aan te tonen. Als dit wordt aangetoond, zijn de sancties te overzien (de fraude blijft vaak winstgevend) en wordt de gemeente opgezadeld met problemen (cliënten zonder zorg, een claim op personele capaciteit en mogelijk advocaatkosten). Er zijn gelegenheidsstructuren die liggen besloten in systeemkenmerken:

1. *Ruime kaders.* Onder toezichthoudende professionals bestaat behoefte aan heldere afspraken over te leveren zorg. Op het zorgdomein is professionele standaardisatie (heldere normen en eisen) potentieel een krachtig sturingsinstrument dat weinig wordt benut. Frauderende zorgaanbieders profiteren zodra heldere normen en eisen over de aard en inhoud van de zorg ontbreken. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om het aantal te leveren uren, om de *span of control* tussen cliënten en zorgmedewerkers (hoe groot mag een groep zijn?), om de vraag wat kan worden verstaan onder dagbesteding of onder begeleiding gedurende de nacht, en om kwaliteitseisen die worden gesteld aan het zorgpersoneel. Fraudebestrijding stagneert als dergelijke normen ontbreken of vaag zijn geformuleerd.
2. *Een matig ontwikkelde poortwachtersfunctie.* Zorgaanbieders die Wmo-zorg of jeugdhulp leveren vallen niet onder de Wet Toetreding Zorgaanbieders. Ze zijn niet vergunning-plichtig en er wordt geen Bibob-toets uitgevoerd. De matig ontwikkelde poortwachtersfunctie heeft geresulteerd in selectie 'aan de voorkant' door gemeenten, met name screening van zorgaanbieders waarmee contracten worden afgesloten.
3. *Geen gemakkelijke handhaving.* Handhaving is lastig, los van de vraag welke route wordt bewandeld. Er is weinig opsporingscapaciteit beschikbaar (strafrechtelijke vervolging is "zeldzaam" volgens respondenten) en het nadeel van een civielrechtelijke procedure is dat dit tijdrovend en kostbaar kan zijn, omdat dit veelal betekent dat een gemeente een advocaat inhuurt. Voorts constateert een gemeente die aan de weg timmert bij de aanpak van zorgfraude omtrent bestuursrechtelijke handhaving: "Uit het ontbreken van rechtspraak over toepassing van bestuursdwang en de last onder dwangsom bij de uitvoering van de Wmo 2105, blijkt (...) dat gemeenten er veelal voor kiezen de civielrechtelijke weg te bewandelen." (gemeenteambtenaar) Een andere gemeenten, ook een voorloper bij het voorkomen en aanpakken van zorgfraude, ziet weinig heil in het bestuursrecht bij Wmo-zorg: "De wet biedt bestuursrechtelijk weinig mogelijkheden omdat er dan altijd opzet bij zowel de client als bij de zorgaanbieder moet worden aangetoond. Dit is niet altijd eenvoudig, omdat de cliënt vaak van niks weet." (gemeenteambtenaar) Dit citaat wijst op het vereiste van de dubbele opzet: zie punt 4.
4. *Dubbele opzet versus profiterende georganiseerde fraudeurs.* Respondenten maken bezwaar tegen de dubbele opzet-constructie. Volgens de Wmo 2015 moet fraude op cliënt-niveau (bewust verstekken van onjuiste of onvolledige informatie) worden aangetoond, alvorens pgb-gelden teruggevorderd kunnen worden bij de zorgaanbieder die opzettelijk meewerkte

aan de fraude. Er bestaat een kloof tussen wet en werkelijkheid. Bij fraude redeneert de wet van cliënt naar zorgaanbieder, terwijl in de praktijk het initiatief voor fraude vaak bij de zorgaanbieder ligt. Zorgaanbieders zetten cliënten onder druk om onjuiste informatie te verstrekken of om informatie achter te houden. Of zorgaanbieders proberen van cliënten (frauderende) profiteurs te maken, omdat die mede in hun eigen belang fraudepraktijken verzwijgen.

Inmiddels wordt in zorgovereenkomsten een zogenoemd derdenbeding opgenomen, zodat zorgaanbieders rechtstreeks kunnen worden aangesproken. In die context vergt onrechtmatig handelen een 'toerekenbare tekortkoming' van de zorgaanbieder en daartoe dient een aanbieder civielrechtelijk aansprakelijk te worden gesteld door de cliënt. Dat laatste is lang niet altijd realistisch vanwege de ongelijke verhouding tussen aanbieder en cliënt.

5. *Fragmentatie.* Er ontstaan fraudekansen doordat het uitvoeringsnetwerk van de Wmo 2015 en Jeugdwet gefragmenteerd is. Op lokaal niveau hebben aparte organisaties of diensten verschillende taken (inkoop, indicatiestelling, betaling, toezicht of handhaving). Wat decentraal en gemeentelijk lijkt te zijn, is dat bij nader inzien ten dele vanwege de betrokkenheid van landelijke organisaties, zoals het IKZ, de Inspectie SZW, Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de IGJ, het Openbaar Ministerie (OM) en zorgverzekeraars. Flexibel opererende fraudeurs - die geldstromen afschermen, hun activiteiten verplaatsen en korte lijnen hebben met hun adviseurs - hebben een tactisch voordeel ten opzichte van bureaucratische organisaties in een netwerk dat reeds op papier ingewikkeld is.
6. *Informatie-uitwisseling: blokkades.* Om zorgfraude in kaart te brengen, is informatie-uitwisseling binnen het beleidsnetwerk cruciaal. Het belang van informatie-uitwisseling wordt meer en meer onderkend, maar kampt met de volgende problemen:
 - Een categorie gemeenten deinst terug voor "het oerwoud" aan instanties en juridische bepalingen.
 - Bij concrete casus, met harde aanwijzingen of bewijzen voor fraude, is geen directe informatie-uitwisseling mogelijk tussen gemeente en zorgverzekeraar.
 - Onder meer de Inspectie SZW, de FIOD en het IKZ werken landelijk en staan daarmee op afstand van gemeenten. Bovendien spelen binnen een grote gemeente, of binnen een gemeentelijk samenwerkingsverband, al snel vele tientallen casus. Dat overvraagt de capaciteit van landelijke partijen.
 - Signalen over zorgfraude zijn geregeld verweven met andere vormen van (ondermijnende) criminaliteit, waardoor behoefte ontstaat aan informatie-deling via RIEC-structuren. Relevante zorg-partners (zoals het IKZ) vallen niet onder het RIEC-convenant en de meeste RIEC's geven - te midden van hun brede opdracht - geen prioriteit aan zorgfraude.

Informatie-uitwisseling is belangrijk, zo benadrukken respondenten. Het blijkt echter niet afdoende om te komen tot een goede aanpak, zo blijkt uit ervaringen van de Inspectie SZW. Zie tabel 2.2.

Tabel 2.2: Informatieverstrekking door de Inspectie SZW op basis van Wpg-machtiging

De Inspectie SZW heeft sinds 2017 de mogelijkheid tot het delen van informatie uit lopende strafrechtelijke onderzoeken aan ketenpartners bij de aanpak van zorgfraude, dankzij de zogenoemde Wpg-machtiging van de minister van Justitie en Veiligheid. Informatie van de Inspectie SZW kan onder meer gemeenten of zorgverzekeraars in staat stellen om schadebeperkende maatregelen te nemen, zoals het stopzetten van betalingen. Een voorwaarde voor informatieverstrekking is de intentie bij de ketenpartner om de informatie te gebruiken.

In 2019 is dit toegepast bij veertien strafrechtelijke casus. Bij elf hiervan is contact gezocht met zorgverzekeraars en bij drie met gemeenten. Zorgverzekeraars hebben in de afgelopen jaren op basis van dergelijke informatieverstrekking enkele miljoenen euro's teruggevorderd en gemeenten nul euro. Bij een casus waren dertien gemeenten betrokken. Drie van deze gemeenten stelden een onderzoek in op basis van de gekregen informatie, al troffen ook zij geen maatregelen. Als verklaring wijst de Inspectie SZW onder meer op de "vluchtigheid van de zorgaanbieders", waarmee wordt bedoeld dat ze worden opgeheven of failliet gaan om buiten schot te blijven (zie 2.2). Ook wordt gewezen op beperkingen in de ambtelijke aanpak, zoals weinig capaciteit, gebrekkige expertise, onduidelijkheden over de verantwoordelijkheid in de ambtelijke top en politieke gevoeligheden. Dit wijst op lokale fraudekansen.

Bron: Inspectie SZW

Lokale fraudekansen

Er bestaan fraudekansen op lokaal niveau. Daarbij bestaat variëteit, omdat een categorie gemeenten de zorgfraude voortvarend aanpakt, een andere categorie vooruitgang heeft geboekt en weer een andere categorie zich min of meer beperkt tot het wettelijk minimum. Door casuïstiek in de eigen gemeente of regio en door mediareportages (met name over zorgcowboys), is het risicobesef onder bestuurders en ambtenaren toegenomen. Toch dragen de volgende patronen, in wisselende mate, bij aan fraudekansen:

- Als gemeenten inkopen volgens de zogenoemde Open House-methode bestaat een belangrijk nadeel uit het onbeperkte aantal zorgaanbieders. Wie voldoet aan de eisen en instemt met de basis- en deelopereenkomst, wordt toegelaten. Dat heeft in sommige gemeenten en/of regio's geleid tot honderden aanbieders. Dit bemoeilijkt het contractmanagement. Er zijn aanwijzingen dat zorgaanbieders profiteren van omgekeerde regiobinding: waar de toetredingsdrempel het laagst zijn, wordt (op papier) een locatie geopend, waarna aanmelding volgt. "Dit biedt minder betrouwbare aanbieders de kans om naar binnen te glippen bij de gemeenten en regio's waar de mogelijkheid om je in de massa te verschuilen het grootst is."¹⁵
- Frauderende zorgaanbieders profiteren van geïsoleerd kwaliteitstoezicht. Ze spreken liever over kwaliteit dan over rechtmatigheid. Zorgaanbieder worden hersteltermijnen geboden en op onderdelen boeken ze vooruitgang. Niet zozeer om de kwaliteit te verbeteren, maar

¹⁵ Bugter, B. (2020). 10 startpunten voor een effectieve gemeentelijke aanpak van zorgfraude. Geraadpleegd via: <https://www.sociaalweb.nl/blogs/10-startpunten-voor-een-effectieve-gemeentelijke-aanpak-van-zorgfraude>

vooral om de fraude te laten voortbestaan. Frauderende aanbieders presenteren (ook grove) onrechtmatigheden als een kwaliteitsvraagstuk. Een categorie ambtenaren gaat daarin mee, omdat verbeteringen worden gerealiseerd en zo een tijdrovend traject om op te treden tegen onrechtmatige zorg wordt ontlopen.

- Eenzijdige cliëntgerichtheid. Er wordt meegedacht met cliënten, hetgeen een passende ambtelijke stijl is. Er bestaat echter ook behoefte aan een onderzoekende houding, waarbij zo nodig kritische vragen worden gesteld. Zo kunnen zorgaanvragen worden gedetecteerd zonder realistische zorgbehoefte en waarbij mogelijk opzettelijk valse informatie wordt verstrekt. In een categorie gemeenten wordt cliëntgerichtheid niet gekoppeld aan een onderzoekende ambtelijke stijl.
- Onvoldoende capaciteit om 'aan de voorkant controles' uit te voeren bij inkoop en aanbesteding, waardoor controles sterk administratief zijn en de screening op een laag peil ligt.
- Een minimale invulling van toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid qua capaciteit en/of kwaliteiten.

Op lokaal niveau loopt rechtmatigheidstoezicht tegen grenzen aan. Dit heeft (behalve met de vaak geringe personele capaciteit) te maken met:

- Inkoopdocumenten, overeenkomsten en zorgplannen blijken niet fraudebestendig, omdat bepalingen over de aard en inhoud van de zorg vaag zijn of ontbreken.
- Met rechtszaken begint de gemeente aan een lang traject en contractbeëindiging creëert op de korte termijn problemen. Het zijn situaties of omstandigheden die gemeentelijke directeuren terughoudend kunnen maken om op te treden tegen zorgfraude.
- Frauderende zorgaanbieders hanteren contrastrategieën, zoals steun mobiliseren in de gemeenteraad, onder cliënten of via media.
- Matige boekhoudkundige of financieel-economische kennis kan gemeentelijke toezichthouders parten spelen bij rechtmatigheidstoezicht.
- Het is lastig om informatie in te winnen bij zorgaanbieders. Als een toezichthouder op grond van de Awb (gedeeltelijk) een administratie ter inzage vordert bij een zorgaanbieder, "zou het wenselijk zijn dat de gemeente een dwangsom op kan leggen, maar dat is nu niet mogelijk voor de Wmo en Jeugdwet."¹⁶ (gemeenteambtenaar)
- Verzekeraars mogen gemeenten niet informeren over zorgfraude door een bepaalde zorgaanbieder.

2.4 Aanbevelingen

We formuleren aanbevelingen. Die zijn erop gericht om te zorgen dat zorgfraude in de nabije toekomst minder gemakkelijk valt te plegen en niet langer loont. We merken dat sommige aanbevelingen voor de hand liggen, terwijl andere discussie oproepen. Dat geeft niet, zolang één ding maar duidelijk is: verbetering van de aanpak van zorgfraude verdient prioriteit op lokaal en landelijk niveau. Om de basis op orde te brengen zijn de aanbevelingen I, III, IV en X belangrijk om verbeteringen in gang te zetten.

¹⁶ De gemeente wijst erop dat er een wetsvoorstel wordt behandeld dat dit mogelijk zal maken.

- I. Verwijder het dubbele opzet-vereiste uit de Wmo 2015. Zorg dat zorgaanbieders door gemeenten rechtstreeks verantwoordelijk gesteld kunnen worden.
- II. Start een professioneel debat over de vraag hoe via werkbare procedures proportionele sancties kunnen worden opgelegd aan frauderende zorgaanbieders. Dit is nodig, want zorgfraude loont, vaak ook als de fraude wordt bewezen.
- III. Op de werkvloer bestaat behoefte aan begrijpelijke en handhaafbare normen en eisen. Werk daarom toe naar professionele standaards en normen die de aard, kwaliteit en inhoud van de producten of diensten zo helder mogelijk omschrijven. Stel op landelijk niveau een brondocument op met heldere omschrijvingen. Zonder dergelijke 'slimme professionele standaardisatie' bestaat het risico dat gemeentelijk rechtmatigheidstoezicht verzandt.
- IV. Zorg voor een stevige positionering van preventie en bestrijding van zorgfraude in de gemeentelijke organisatie:
 - a. Benoem zorgfraude als bestuurlijke topprioriteit, met een eerstverantwoordelijke bestuurder (wethouder) en betrokkenheid van de burgemeester (vanwege raakvlakken met politieke en ambtelijke integriteit en ondermijning bij zogenoemde netwerkfraude).
 - b. Stel voldoende capaciteit beschikbaar voor rechtmatigheidstoezicht op Wmo-zorg en jeugdhulp. Ontwikkel een maatstaf om in te vullen wat de ondergrens zou moeten zijn voor bepaalde gemeentecategorie.
 - c. Geef het ambtelijke rechtmatigheidstoezicht een onafhankelijke plaats in de ambtelijke organisatie, met directe toegang tot (en 'geleegd gezag' van) de verantwoordelijk wethouder en burgemeester, met budgettaire armslag.
 - d. Stel een gemeentelijk meldpunt in voor zorgfraude en zorg dat dit bekend raakt in de organisatie. Organiseer een gemeentelijke overlegvorm t.b.v. zorgfraude.
 - e. Zorg in de eerste lijn voor een ambtelijke stijl die primair is gericht op het achterhalen van de feitelijke zorgbehoefte en zorgverlening. Cliëntgerichtheid is wat anders dan cliënten (altijd) hun zin geven.
- V. Geef invulling aan de poortwachtersfunctie bij selectie van gecontracteerde zorgaanbieders:
 - a. Geef op gemeentelijk niveau gestalte aan screening en pre-monitoring, geïnspireerd door de Toolbox Zorgfraude Twente.¹⁷
 - b. Benut, zodra dat kan, de mogelijkheid om (standaard of bij signalen) een Bibob-toets uit te voeren, omdat integriteit en zorgverlening twee kanten van dezelfde medaille behoren te zijn.
 - c. Evalueer de effecten van de bovenstaande maatregel(en). Bezie vervolgens - als er meer informatie beschikbaar komt over de omvang van de zorgfraude - of een wettelijke vergunningplicht nodig is. Voor velen klinkt dit drastisch, maar bedenk: i) de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgaanbieders is groter dan in sectoren met vergunningplicht; ii.) bij goede screening en als heldere normen en eisen over de zorg worden geformuleerd en gehandhaafd (zie aanbeveling III), wordt een wildgroei aan zorgaanbieders voorkomen.

¹⁷ Geraadpleegd via <https://veiligheidsnetwerkon.nl/go/download/?id=306>

- VI. Pgb-zorg blijkt niet alleen een uitkomst voor integere burgers met een specifieke zorgbehoefte, maar is ook gevoelig voor fraude, onder meer omdat het kan gaan om hoge bedragen op jaarbasis:
- a. Geef ook een PGB-zorgaanbieder een beschikking, als basis om deze zo nodig bestuursrechtelijk aan te kunnen spreken als gemeente (of zorgkantoor).
 - b. Werk conform (of geïnspireerd door) het pgb-fraudebarrièremodel van VNG en het Centrum voor Criminaliteitspreventie en Veiligheid (CCV).¹⁸
 - c. Stel aan zorgaanbieders die (alleen) pgb-zorg leveren dezelfde (soort) eisen als aan gecontracteerde zorgaanbieders.¹⁹
 - d. Overweeg om de pgb-vaardigheidentoets van de budgethouder uit te bereiden met een beperkte integriteitstoets, bijvoorbeeld door een VOG verplicht te stellen.
- VII. Geef gestalte aan een project ‘zorgfraudeurs in beeld’.
- a. Start - als neutrale basis - met het opstellen van een helder overzicht van alle lokale zorgaanbieders en de diensten die ze leveren.
 - b. Benut ‘straatkennis’ of ‘fraudekennis’ van uitvoerende specialisten.
 - c. Koppel dit aan risico-indicatoren en systeemanalyses.
 - d. Voer op basis van risico-indicaties gerichte controles uit en vul dit aan met kennis uit (meer) ad random controles of uit (her)indicaties.
- VIII. Ontwikkel binnen de VNG een ‘*Review rechtmatigheidstoezicht*’ om door middel van een kort onderzoeks- en adviestraject gemeenten te kunnen adviseren over (verbetering van) het toezicht op de rechtmatigheid van Wmo-zorg en jeugdhulp.
- IX. Trainingen t.b.v. de aanpak van zorgfraude worden nu vaak gericht op uitvoerende ambtenaren. Ontwikkel masterclasses en korte trainingen voor de ambtelijke top van gemeenten, voor gemeentebestuurders en raadsleden. Raadsleden zijn belangrijk, omdat zorgfraude vanwege de financiële consequenties een belangrijk aspect behoort te zijn van de politieke controle.
- X. Informatie-uitwisseling en onderzoek naar zorgfraude heeft plaats in een ingewikkeld en gefragmenteerd stelsel, met lokale en nationale actoren; er bestaat een lacune op regionaal niveau die moet worden gedicht. Bij netwerkfraude gaat het vaak ook nog eens om zorgfraude in combinatie met (andere) georganiseerde criminaliteit, zoals witwassen, uitbuiting, vastgoedfraude of drugscriminaliteit. Stel een advies op hoe gestalte kan worden gegeven aan regionale samenwerking bij zorgfraudebestrijding, inclusief (in convenanten) goed geregelde informatie-uitwisseling. Dit kan bijvoorbeeld via LSI- of RIEC-structuren.
- XI. Maak ten opzichte van cliënten duidelijk waar ze recht op hebben (door middel van duidelijke normen en eisen over de aard en inhoud van de zorg) en waar ze terecht kunnen met meldingen of klachten over de rechtmatigheid en/of kwaliteit van de zorg.

¹⁸ Voor gemeenten te raadplegen via <https://vng.nl/nieuws/aan-de-slag-met-het-rgb-fraudebarrièremodel>

¹⁹ Zie bijvoorbeeld de (verordeningen in) gemeente Almelo.