

# 'Persoonsgebonden Zorg Verantwoord'

Een verkennend onderzoek naar fraude met persoonsgebonden budget(ten) (PGB)  
Juni 2008

## Voorwoord

“Om tot nieuwe ontdekkingen te komen, moet je nieuwe terreinen verkennen”.

De continue veranderende samenleving stelt meer eisen aan en heeft hogere verwachtingen van opsporingsinstanties in de uitoefening van hun taken. De aard en omvang van strafbare feiten vragen daarnaast om constante prioriteitstelling en professionalisering. Intelligence over de aard, omvang en ontwikkeling van criminaliteit zou moeten leiden tot een efficiëntere en effectievere inzet en sturing binnen de opsporing en een betere afstemming met de gerelateerde ketenpartners. Intelligence dient ook te leiden tot het voorkomen van ongewenste situaties. Diverse factoren in de maatschappij zoals culturele, technologische maar ook politieke veranderingen, vereisen tevens voortdurend aanpassing van het te voeren beleid bij opsporingsinstanties.

Binnen de politieorganisatie heeft de fraudecomponent niet altijd die prioriteit die het eigenlijk verdient. Deels heeft dit te maken met taakstelling, maar ook met het ontbreken van capaciteit en specifieke kennis en expertise van de zorgmarkt. Daarnaast overheerst het gevoel dat verticale fraude de burger niet direct raakt, dus niet direct in verband staat met het thema veiligheid. Wel is er kennis aanwezig op het gebied van fraudeonderzoeken.

De bijzondere opsporingsdienst FIOD-ECD heeft in het handhavingarrangement naast de primaire taak van bestrijding van fiscale en financiële fraude, ruimte gecreëerd voor het opsporen van zorgfraude. Tot op heden bestaan er echter nauwelijks ervaringen met fraudeonderzoeken op een deel van de zorgmarkt, het persoonsgebonden budget. De FIOD-ECD is niet primair van individuele pgb-fraudegevallen maar zou wel een taak kunnen hebben bij opsporing van zaken waarbij in georganiseerd verband (bv. een zorgbemiddelaar) fraude is gepleegd. Vanzelfsprekend is de FIOD-ECD competent als het gaat om een pgb-zaak waarin sprake is van fiscale fraude.

De verkenningen van het relatief onbekende terrein zorgverzekeringsfraude in het algemeen en fraude met persoonsgebonden budget in het bijzonder, hebben voor beide diensten tot ontdekkingen geleid. Vermeende geluiden over misbruik van de regeling zijn niet geheel uit de lucht gegrepen, maar van strafbare feiten is lang niet altijd sprake.

De uitspraak van een fraudecoördinator: *“Het is crimineel als je binnen de PGB-regeling niet fraudeert”* en bijvoorbeeld een artikel in ‘De Spits’ van 10 december 2007, waarin bericht wordt over valse urendeclaraties en fiscale fraude in de PGB-regeling, geven echter te denken.

Aan het onderzoek hebben diverse publieke- en private organisaties meegewerkt. Alle partijen hebben zich kwetsbaar en open opgesteld. Bovendien werden er op basis van wederzijds vertrouwen onderzoeksgegevens ter beschikking gesteld. Dank hiervoor!

## INHOUDSOPGAVE

<b>Samenvatting</b> .....	<b>2</b>
<b>Introductie / Inleiding</b> .....	<b>5</b>
<b>1 PGB-regeling</b> .....	<b>6</b>
1.1 POSITIONERING PGB .....	7
1.2 ACTOREN.....	7
1.3 PROCES PGB.....	8
1.4 PBG: DE CIJFERS .....	9
<b>2 Onderzoeksopzet</b> .....	<b>10</b>
<b>3 Onderzoeksresultaten</b> .....	<b>11</b>
3.1 WAT IS ZORGFRAUDE .....	12
3.2 INTERVIEWS .....	12
3.2.1 <i>Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)</i> .....	12
3.2.2 <i>Zorgkantoren</i> .....	13
3.2.3 <i>Zorgverzekeraars Nederland (ZN)</i> .....	15
3.2.4 <i>College voor Zorgverzekeringen (CVZ)</i> .....	15
3.2.5 <i>Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)</i> .....	16
3.3 DOSSIERANALYSE .....	16
3.3.1 <i>Fraudemeldingen</i> .....	16
3.3.2 <i>Fiscale component</i> .....	19
<b>4 Conclusies</b> .....	<b>20</b>
4.1 MISBRUIK/ ONEIGENLIJK GEBRUIK .....	20
4.2 STRAFBARE FEITEN .....	21
<b>Afkortingenlijst</b> .....	<b>23</b>
<b>Verwijzingen</b> .....	<b>24</b>

## Samenvatting

Toename van het aantal fraudemeldingen in de zorgsector en relatieve onbekendheid met de PGB-regeling binnen de opsporing en handhaving is aanleiding geweest

onderhavig onderzoek te doen naar de aard en omvang van de fraude met persoonsgebonden budgetten. Ook speelde mee dat er binnen de branche wel fraudebeleid is ontwikkeld, maar dat er in de uitvoering verschillend invulling aan gegeven wordt.

De term 'fraude' behelst (vermoedens van) strafbare feiten. 'Gebruik tegen de geest van de regeling' is te betitelen als oneigenlijk gebruik, maar valt niet onder fraude. Deze laatste vorm van 'misbruik' kan in beginsel niet door opsporingsinstanties als Politie (BR NON) en FIOD-ECD opgespoord worden. Hooguit kunnen uit ervaringen aanbevelingen worden gedaan in het kader van aanpassing van wet- en regelgeving.

Uit het inventariserend onderzoek komt naar voren dat lang niet alle fraudegevallen met PGB's daadwerkelijk strafrechtelijk vervolgbare fraude betreft. De oorzaak hiervoor is met name te vinden in de aard van de regeling. De PGB-regeling kenmerkt zich namelijk als een regeling met:

- een zeer ruime formulering van de zorgaanspraken;
- geen concrete definities ten aanzien van de inhoud van de in te kopen zorg;
- geen heldere grenzen ten aanzien van tarieven terzake van bijvoorbeeld bemiddeling of reiskosten;
- geen concrete toetsingsinstrumenten ten aanzien van de kwaliteit van zorg;
- beperkte controle en verantwoordingsverplichtingen.

Deze kenmerken verschaffen de regeling de beoogde flexibiliteit en keuzevrijheid, wat ook inherent is aan de visie dat deze vorm van cliëntgebonden financiering een alternatief sturingsinstrument is in de zorgmarkt. De daarmee gecreëerde ruimte maakt dat eventuele fraude wellicht formeel gezien nog wel is te kwalificeren als een strafbaar feit, maar levert materieel niet altijd een vervolgbare fraudezaak op. Al is het maar omdat deze fraude niet altijd gedetecteerd of gemeld wordt.

Dat deel van het PGB dat door de PGB-houder niet aan zorg is besteed, zou bijvoorbeeld formeel tot het strafbare feit oplichting of verduistering kunnen leiden. Het budget zou dan wederrechtelijk kunnen zijn toegeëigend. Deze fraude zal dan vanuit de controles door het zorgkantoor moeten worden geconstateerd en gemeld. De praktijk laat echter zien dat vanuit de controles van het zorgkantoor dergelijke constatering nauwelijks mogelijk zijn en dat fraudemeldingen of aangiftes zeer beperkt plaatsvinden. Andere zaken zoals bovenmatig hoge uurlonen, excessieve vergoeding van reiskosten of bemiddelingskosten of het inkopen van kwalitatief niet verantwoorde zorg kunnen in het geheel niet leiden tot een strafbaar feit, ze zijn wellicht wel strijdig met de geest van de regeling.

In die gevallen waarin wel een redelijk vermoeden van schuld aan enig strafbaar feit bestaat, kan het gaan om:

- het misdrijf valsheid in geschrift (art. 225, 227a en 227b WvSr);
- de overtredingen betreffende het openbaar gezag (art. 447c en 447d WvSr);
- fiscale fraude (art. 68 en 69 AWR);
- overige commune delicten zoals oplichting of verduistering (art. 321 en 326 WvSr).

Ten aanzien van de opsporing van commune delicten onder punt 1, 2 en 4 is primair de Politie de aangewezen opsporingsinstantie. Tot op heden is er, voor zover bekend, door de Politie een tweetal zaken succesvol vervolgd voor valsheid in geschriften. Ten aanzien van de onder punt 3 genoemde fraude is de FIOD-ECD de competente opsporingsdienst. In voorkomende gevallen zal ook sprake kunnen zijn van een samenwerkingsverband tussen Politie en FIOD-ECD. Dat is bijvoorbeeld denkbaar in het geval waarin een bemiddelaar op grote schaal fraudeert. Ook de Sociale Inlichtingen en Opsporingsdienst (SIOD) als bijzondere opsporingsdienst van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) is competent in fraudegevallen rondom het PGB. Zeker in die gevallen waarbij sprake is van fraude met afdracht sociale premies.

De hoofdconclusie die ten aanzien van de omvang van de fraude kan worden getrokken is dat vooral door detectie- en meldingsproblematiek de werkelijke omvang niet kan

worden vastgesteld.

Vanuit analyse van de 106 fraudedossiers is slechts in algemene termen iets te zeggen over de totale omvang van de fraude met PGB's. In 39 zaken is een totaalfraudebedrag van € 1.355.810,- vastgesteld. In een aantal zaken is sprake van een strafbaar feit, terwijl dit niet als strafbaar feit is onderkend.

Vooraf vanwege de beperkte controle mogelijkheden en de kleine detectiekans lijkt het dan ook aannemelijk dat de onderzochte fraudedossiers maar een deel zijn van het werkelijke aantal. Daarnaast bestaat er geen reden te vermoeden dat het landelijke beeld afwijkt van de bevindingen uit dit onderzoek.

Ten aanzien van de meest belangrijke actoren in de PGB-markt, te weten de zorgkantoren en één kantoor van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ)<sup>1</sup>, komt vanuit het onderzoek globaal het volgende naar voren:

- Beide actoren missen (financiële) prikkels om fraude actief te bestrijden;
- Fraudemeldingen zoals afgesproken in het "protocol betreffende preventie en bestrijding van fraude in de verzekeringsbranche" van het Verbond van Verzekeraars (VvV) blijven grotendeels achterwege;
- De sterke stijging van de aanvragen PGB's de laatste jaren, dwingt het CIZ meer en meer tot telefonische (her)indicatie. Het risico van een onterechte of te hoge indicatie is bij die werkwijze hoog;
- Er vindt nauwelijks of geen onderlinge informatie-uitwisseling plaats tussen zorgkantoren en CIZ over fraudegevallen;
- Bij CIZ vindt geen interne (fraude)controle plaats;
- Bij CIZ bestaat voor het personeel geen intern voorschrift of richtlijn over hoe om te gaan met vermoedens van fraude (handelen naar eigen inzicht);
- Door CIZ wordt wel een verhoogd risico gesignaleerd bij (PGB) zorgbemiddelingsbureaus; in de ontvangen fraudemeldingen is dit niet op grote schaal gebleken;
- De controles op budgethouders door het zorgkantoor blijven –zoals voorgeschreven– beperkt tot het opvragen van onderliggende bescheiden. Door het ontbreken van contra-informatie of onderzoeksmogelijkheden kan nauwelijks tot een vermoeden van een strafbaar feit worden gekomen;
- Intrekking van de verleningsbeschikking door het zorgkantoor als gevolg van het niet nakomen van verplichtingen door de budgethouder – wellicht te beschouwen als een vereiste voordat fraudemelding plaatsvindt - vindt nauwelijks plaats.
- Terugvordering van het budget door onrechtmatig gebruik, loopt veelal op niets uit.

Recent is door de staatssecretaris van VWS een aantal maatregelen aangekondigd in het kader van het PGB<sup>2</sup>. De ongekeerde groei van het aantal budgethouders gecombineerd met geluiden van oneigenlijk gebruik van PGB's vragen om een uiterst kritische blik. De staatssecretaris geeft in haar brief aan dat zij 'meer wil weten' over het vermeende oneigenlijk gebruik.

Ten tijde van de start van het project bestond de toezichthouder NZa in zijn huidige hoedanigheid nog niet. De NZa is als toezichthouder op de zorgkantoren nu één van de instanties (samen met VWS dan wel CVZ) die een rol kan vervullen in de bestrijding van fraude met PGB's. Voor wat de pgb's is het toezicht van de NZa overigens beperkt tot de uitvoering door de zorgkantoren.

Voorstel:

Vanuit het inventariserend deel van onderhavig onderzoek zijn 106 fraudemeldingen gekomen, waarvan in een gedeelte mogelijk sprake is van strafbare feiten welke zich zouden kunnen lenen voor strafrechtelijk onderzoek door de BR NON en/of de FIOD-ECD. Mogelijk dat in samenspraak met het openbaar ministerie een nog te bepalen

<sup>1</sup> Opmerking: Indicaties van het Bureau Jeugdzorg zijn niet in het onderzoek betrokken

<sup>2</sup> Brief van 9 november 2007; Tweede Kamer vergaderjaar 2007-2008, 26631 nr. 232

aantal van deze onderzoeken op korte termijn door het onderzoeksteam zal worden geïnitieerd.

Daarnaast is het de bedoeling dat deze rapportage ter beschikking gesteld wordt aan alle relevante publieke- en private (keten)partners, zodat zij kennis kunnen nemen van de bevindingen en eventuele maatregelen kunnen treffen.

## **Introductie / Inleiding**

Het rapport dat voor u ligt, is de weergave van wat binnen de eerste fase van het project

“Fraude met persoonsgebonden budget (PGB’s)” is onderzocht. Doel van dit project is om inzicht te krijgen in de aard en omvang van de frauderisico's die zich manifesteren binnen de PGB-markt.

De korte en heldere probleemstelling luidt dan ook:

Wat is de aard en de omvang van fraude met persoonsgebonden budgetten?

Uit gegevens van het Verbond van Verzekeraars<sup>3</sup> (VvV) en het Fraudemeldpunt Noord- en Oost-Nederland van het Openbaar Ministerie bleek dat het aantal meldingen zorgfraude in 2005 behoorlijk was gestegen ten opzichte van voorgaande jaren. Omdat een gedeelte van die meldingen betrekking had op de PGB-regeling en omdat tot op heden nauwelijks inzichtelijk was wat de aard en omvang van die fraudevorm was, bestond er behoefte aan een nader onderzoek.

De opdrachtgevers van dit project zijn:

- Openbaar Ministerie te Zwolle, team Bovenregionale en Specialistische taken;
- FIOD-ECD te Utrecht, taakaccent zorgfraude;
- Bovenregionale recherche Noord- en Oost-Nederland (BR NON).

Het project is opgesplitst in 2 fasen:

- fase 1 waarin via deskresearch, interviews en dossieranalyse onderzoek gedaan is naar de aard en omvang van de fraude (verkennend en inventariserend). Deze fase is uitgevoerd door een samenwerking tussen de FIOD-ECD en de BR NON;
- fase 2 waarin een aantal tactische opsporingsonderzoeken op dit gebied zal worden uitgevoerd en geëvalueerd (vervolgning).

Het onderzoek van fase 1 wordt hierbij gerapporteerd.

Fase 2 (het uitvoeren van een aantal strafrechtelijke onderzoeken op dit terrein) zal in de loop van 2008 starten. Hiervan is het de bedoeling:

- maatschappelijk een signaal af te geven van fraudeaanpak;
- meer inzicht te krijgen over dader(s) en werkwijze(n) voor risicoanalyse en preventie/maatregelen om fraude te voorkomen;
- het fraudebewustzijn en de publiekprivate samenwerking te bevorderen.

Over de werking en uitvoering van de PGB-regeling is al veel geschreven. Deze rapportage bevat daarom geen uitputtende beschrijving van de gehele PGB-regeling. In dit rapport komen met name de fraudecomponenten aan de orde die verband houden met deze regeling.

Aansluitend aan deze rapportage wordt er met betrekking tot de opsporingscomponent van de PGB-fraude gewerkt aan een ‘Handreiking voor opsporingsdiensten’, een zogenaamde werkbeschrijving bij een aangifte. Dit met de bedoeling een handvat te bieden bij een eventuele opstart van een opsporingsonderzoek en wellicht ook geschikt voor gebruik door zorgkantoren en/ of CIZ.

## 1 PGB-regeling

In dit hoofdstuk wordt in het kort de positionering van het PGB beschreven en wordt

---

<sup>3</sup> Bron: Verbond van Verzekeraars Jaaroverzicht 2005

ingegaan op de actoren, het proces van aanvraag tot verantwoording en wordt de omvang van de PGB-markt aangegeven

## 1.1 Positionering PGB

Het persoonsgebonden budget is een subsidieregeling die is beschreven in paragraaf 2.6 van de *Regeling subsidies AWBZ (art. 2.6.1 tot en met 2.6.15)*. In het *Besluit zorgaanspraken AWBZ* is uitgewerkt wat de aanspraken precies omvat. Het besluit en de regeling vloeien voort uit de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*.

De AWBZ is een volksverzekering voor ziektekostenrisico's waar men zich niet individueel voor kan verzekeren. Iedereen die in Nederland woont of werkt, is er voor verzekerd en heeft recht op vergoeding van de AWBZ-zorg. De AWBZ dekt zware geneeskundige risico's die niet onder de zorgverzekeringen vallen. Vanuit de AWBZ wordt tevens het persoonsgebonden budget gefinancierd.

Elke ingezetene in Nederland die door ziekte, handicap of ouderdom zorg nodig heeft, komt dus via de AWBZ in aanmerking voor een persoonsgebonden budget (PGB). Met dit budget kiezen mensen zelf hun hulpverlener en bepalen zelf wanneer die hulp wordt verleend. Bij een PGB kiest de cliënt dus van wie hij zorg wil inkopen. Vervolgens onderhandelt hij over een zorgarrangement (een combinatie van soorten zorg) en een prijs daarvoor.

In 2006 werd aan 95.000 PGB-houders in totaal € 1.136 miljoen uitgekeerd. Ten opzichte van 2003 betekende dit een verdubbeling van de cijfers. De sterke stijging van het aantal budgethouders, maar ook de stijging van de totale uitgaven, hebben zich ook in 2007 gemanifesteerd (zie ook hoofdstuk 1.4, pg.9). Om de regeling beheersbaar te houden, is recent door de staatssecretaris van VWS voor 2008 een plafond van € 1.750 miljoen aangekondigd, temeer omdat er geen sprake lijkt te zijn van substitutie. Met andere woorden: de stijging van de PGB-uitgaven heeft niet geleid tot een vermindering van de uitgaven van zorg in natura (de tegenhanger van de PGB).

De AWBZ regelt namelijk primair de zorg in natura (ZIN); indien na een indicatie recht op AWBZ-zorg bestaat, dient de belanghebbende de keuze te maken tussen ZIN en PGB of een combinatie van beide. Bij ZIN wordt de zorg vanuit het zorgkantoor geregeld door een zogenaamde 'toegelaten instelling' en heeft de belanghebbende geen (dan wel beperkte) keuzevrijheid wie/ welke zorg gaat uitvoeren. Het PGB daarentegen versterkt de keuzevrijheid van de belanghebbende en stimuleert het gebruik van mantelzorg. Het PGB is bovendien goedkoper: de PGB-tarieven zijn globaal 75% van die van ZIN.

In totaal zijn er momenteel circa 750.000 AWBZ-gebruikers waarvan er circa 255.000 in een AWBZ-instelling verblijven en de overige 495.000 ontvangen thuis ZIN (80%) of een PGB (20%).

De PGB-regeling bestaat nu ruim 10 jaar; in 2003 is de oude regeling vervangen door de regeling "PGB nieuwe stijl". De PGB-regeling omvat globaal gezien de volgende zorgfuncties:

- persoonlijke verzorging (PV);
- verpleging (VV);
- ondersteunende begeleiding (OB);
- activerende begeleiding (AB);
- kortdurend verblijf (KV).

Binnen de zorgfuncties (uitgezonderd laatstgenoemde) worden zorgklassen onderscheiden die het aantal uren/ dagdelen van de desbetreffende zorg aangeven.

## 1.2 Actoren

Het *College voor Zorgverzekeringen (CVZ)* is een zelfstandig bestuursorgaan (zbo)



ressortend onder het ministerie van VWS. CVZ coördineert de PGB-regeling en is eindverantwoordelijk voor de uitvoering en alle financiële aspecten van de regeling. De uitvoering van de regeling is door CVZ uitbesteed aan de zorgkantoren. De taak van een zorgkantoor wordt vervuld door een zorgverzekeraar die daarvoor is aangewezen. De zorgverzekeraars hebben zich via Zorgverzekeraars Nederland (ZN) verenigd.

Het *Centrum indicatiestelling zorg* (CIZ) is de beoordelende instantie of iemand recht op AWBZ-zorg heeft, en zo ja, hoeveel zorg en voor hoe lang. Deze beoordeling wordt vastgelegd in een indicatiebesluit. Het *zorgkantoor* maakt vanuit het indicatiebesluit van het CIZ een financiële vertaalslag en legt deze vast in een verleningsbeschikking. Het zorgkantoor is een zorgverzekeraar die bij beschikking door VWS is aangewezen als zorgkantoor. Het zorgkantoor keert het budget uit aan de *PGB-houder*, die hiermee de zorg kan inkopen. Overigens wordt op de zorgfuncties persoonlijke verzorging en verpleging een eigen bijdrage in mindering gebracht.

De eigen bijdrage wordt vastgesteld door het *Centraal Administratiekantoor* (CAK). Voor de inkomensgegevens kan het CAK beschikken over informatie van de Belastingdienst. Het CAK stelt deze gegevens ter beschikking aan het zorgkantoor.

Indien een zorgverlener voor meer dan 2 dagen per week diensten verricht bij een PGB-houder, is er sprake van een dienstverband waarbij ook verplichtingen voor het afdragen van loonbelasting en sociale premies ontstaan. Deze administratieve procedure kan worden uitbesteed aan het *Servicecentrum PGB van de Sociale Verzekeringsbank* (SVB).

De zorgverzekeraars cq. zorgkantoren vallen onder het toezicht van de *Nederlandse Zorgautoriteit* (NZa). Het toezicht omvat tevens de wijze waarop zorgkantoren met PGB's omgaan. De NZa houdt geen toezicht op de aanbieders die (pgb-) zorg leveren.

### 1.3 Proces PGB

Het proces van aanvraag PGB tot verantwoording ziet er in hoofdlijnen als volgt uit:

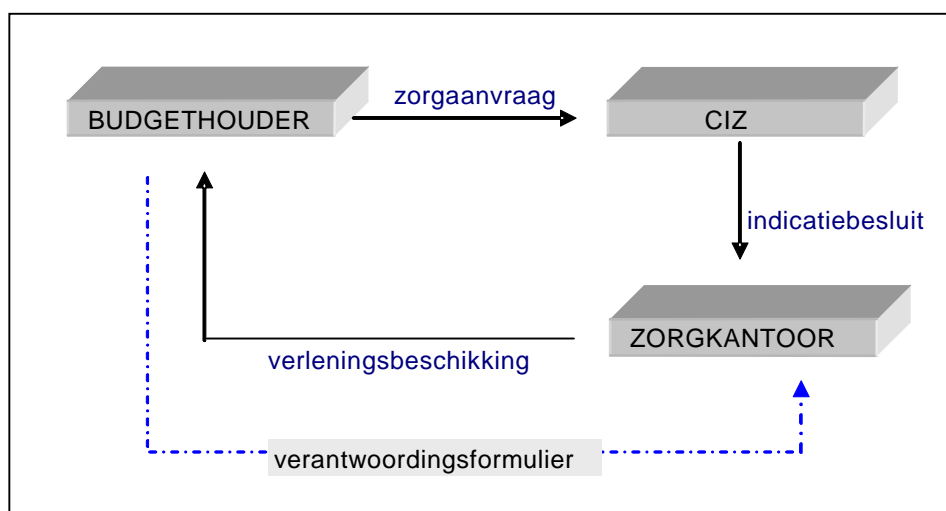
1. De verzekerde vraagt een indicatie aan bij het CIZ<sup>4</sup>;
2. Het CIZ stelt vast (voor de wijze waarop, zie 3.2.1.) hoeveel zorg de verzekerde nodig heeft. Bij de indicatie wordt eerst vastgesteld op welke zorgfunctie(s) aanspraak bestaat, waarna de zorgklasse wordt vastgesteld. Iemand wordt bijvoorbeeld geïndiceerd voor 10 uur persoonlijke verzorging per week; daarmee valt hij in zorgfunctie "PV" en in zorgklasse 5;
3. Bij het CIZ dient de verzekerde kenbaar te maken of hij kiest voor ZIN of voor een PGB. De indicatie wordt vastgelegd in een indicatiebesluit;
4. Het zorgkantoor maakt een financiële vertaalslag van het indicatiebesluit waarbij eventueel een eigen bijdrage in mindering wordt gebracht. De vertaalslag wordt vastgelegd in een verleningsbeschikking en het budget wordt uitgekeerd aan de budgethouder door middel van voorschotten;
5. De budgethouder koopt de zorg in. Dit betekent dat overeenkomsten met zorgverlener(s) dienen te worden gesloten;
6. De budgethouder legt verantwoording af aan het zorgkantoor; hiervoor wordt een landelijk uniform modelformulier gebruikt. De budgethouder dient het formulier per kwartaal of halfjaar getekend naar het zorgkantoor te zenden;

---

<sup>4</sup> Aan de indicaties die worden uitgevoerd door Bureau Jeugdzorg is in dit project geen specifieke aandacht gegeven.

7. Het zorgkantoor voert steekproefsgewijs controles uit. De budgethouder dient bij een controle aan het zorgkantoor te overleggen: originele zorgovereenkomsten, declaratieformulieren (ondertekend door zorgverlener) en betalingsbewijzen. Indien de budgethouder niet (volledig) aan deze eisen kan voldoen, wordt het budget geheel of gedeeltelijk teruggevorderd. Ook als blijkt dat het budget (gedeeltelijk) is gebruikt voor zorg buiten het AWBZ-domein, wordt het onrechtmatig bestede bedrag teruggevorderd;
8. In geval van onderbesteding mag maximaal 10% van het toegekende budget worden meegenomen naar een volgend jaar<sup>5</sup>. Voor 2007 geldt 1.5% van het budget als vrij besteedbaar (hoeft niet aangetoond) met een maximum van € 2.500,-. Voor 2008 is dit bedrag teruggebracht naar € 1.250,-
9. Indien een zorgkantoor misbruik van het PGB constateert, kan het zorgkantoor besluiten het budget (tijdelijk) stop te zetten en (deels) terug te vorderen.

Schematische weergave:



#### 1.4 PBG: de cijfers

	2005	2006	2007
Uitgaven in miljoenen euro's	922	1.136	1.309

<sup>5</sup> Met ingang van 1 januari 2008 is de mogelijkheid om 10% van het budget over te hevelen naar het volgend jaar afgeschaft.

Aantal budgethouders	63.216	84.870	76.560
Gemiddeld budget	14.585	13.385	17.098

Het aantal budgethouders AWBZ is in 2006 gestegen van 63.216 naar 84.870..  
IOgenschijnlijk lijkt het aantal budgethouders in 2007 afgenomen, echter op 1 januari 2007 is de WMO ingevoerd. Op die datum zijn ca. 30.000 budgethouders met een PGB voor alleen huishoudelijke verzorging vanuit de AWBZ overgegaan naar de WMO. Het betreft hier budgethouders met een klein PGB hetgeen de forse stijging verklaart van het gemiddelde budget in 2007 voor de in de AWBZ achterblijvende budgethouders.

Op basis van dit onderzoek kan geen aanwijsbare verklaring worden gegeven voor de groei van het aantal budgethouders. Ook het ministerie van VWS heeft daar geen aanwijsbare reden voor. Het ministerie zal wel inzoomen op de groei en de oorzaken daarvan.

## 2 Onderzoeksopzet

Het onderzoeksteam stond voor de opdracht onderzoek te doen naar de aard en omvang van fraude met PGB's. Daarbij is een 2-fasen aanpak voorgesteld waarbij de eerste fase bestaat uit verkennend/inventariserend onderzoek en de tweede fase uit de strafrechtelijke aanpak van een aantal cases.

Het verkennend onderzoek heeft plaatsgevonden door deskresearch (bestuderen wet- en regelgeving, actualiteiten en rapporten) en door interviews. Er zijn (met name in de tweede helft van 2007) interviews gehouden met de volgende instanties:

- Vier zorgverzekeraars/ zorgkantoren;
- Zorgverzekeraars Nederland;
- Centrum Indicatiestelling Zorg;
- College voor de Zorgverzekeringen;
- Nederlandse Zorgautoriteit.

In hoofdstuk 3 onder 'onderzoeksresultaten' wordt per genoemde instantie verslag gedaan van de bevindingen.

#### Interviews

- Er zijn aselect vier zorgverzekeraars gekozen met een concessie voor in totaal 16 van de 32 zorgkantoren. Deze vier zorgverzekeraars (in hun hoedanigheid van zorgkantoor) zijn geïnterviewd. In de gesprekken met deze partijen zijn onder andere de volgende vragen aan de orde gekomen:
  - op welke wijze is het PGB-proces binnen het zorgkantoor geregeld?
  - worden controles in het kader van verleende PGB's uitgevoerd, indien ja, hoe?
  - zijn er fraude-indicatoren benoemd?
  - wanneer wordt de fraudecoördinator bij een zaak betrokken en hoe vindt dan de afhandeling plaats?
- Er is in dit verband gesproken met de fraudecoördinatoren van het betreffende zorgkantoor;
- Daarnaast zijn er vergelijkbare interviews geweest met contactpersonen van de overige genoemde actoren/instanties.

#### Dossieronderzoek

- Bij de vier geïnterviewde zorgverzekeraars/ zorgkantoren is uitvraag gedaan van fraudedossiers die in behandeling of behandeld zijn, over een periode van 1 jaar.<sup>6</sup> De aangeleverde dossiers zijn geanalyseerd op werkwijze (MO), welke strafbare feiten (SF's) eventueel van toepassing zijn, wie is/zijn pleger(s), het fraudebedrag en op resultaat/ afhandeling.
- Daarnaast zijn de fraudemeldingen bij het Fraudemeldpunt Noord en Oost Nederland uit het Fraude Recherche en Informatie Systeem (FRIS) bekeken op dezelfde items, om een beeld te krijgen of de zorgverzekeraars conform het protocol melding maken van fraudezaken. Deze zijn niet in de totaalstellingen meegenomen, om dubbeltellingen te voorkomen.

### 3 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk volgt op basis van literatuuronderzoek een korte beschrijving en toelichting van het begrip zorgfraude, gerelateerd aan PGB-fraude. Daarna worden de resultaten van de interviews per organisatie weergegeven. Vervolgens komen de resultaten van de dossieranalyse aan bod.

---

<sup>6</sup> Opmerking: Vanwege de verschillen in administratieve behandeling van de zaken en het detectiemoment van de fraude is gekozen voor deze periode en niet voor een kalenderjaar.

### 3.1 Wat is zorgfraude

Op basis van eerdere rapportages, die gerelateerd zijn aan het begrip zorgfraude, is gekozen voor de meest omvattende, namelijk die van de rapportage frauderisico-analyse gezondheidszorg<sup>7</sup>.

#### Definitie

*“Het bewust handelen of nalaten in strijd met wet- en regelgeving en/of het opzettelijk niet tijdig, onjuist of onvolledig verstrekken van gegevens, met het doel hierbij ten onrechte uitgaven voor verstrekkingen (inclusief verstrekkingen in natura) en/of uitgaven voor beheer ten laste van de voor zorg bestemde (particuliere en publieke) middelen te brengen, minder te betalen ten bate van die middelen, of er extra inkomsten uit te ontvangen.”*

Deze definitie heeft betrekking op (pseudo)zorgverzekerden (individuen), zorgverleners, zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waarbij het er niet toe doet wie de fraude heeft gepleegd. Met andere woorden: de definitie heeft betrekking op alle natuurlijke- en/of rechtspersonen die fraude plegen in de zorgsector. Deze definitie is ook toepasbaar op PGB-fraude. Fraude wordt vooral beperkt tot die gevallen waarbij opzet aanwezig is en waar “eigen” voordeel uit voort vloeit. Voor dit onderzoek naar PGB-fraude beperkt de toetsing zich niet tot de naleving van de subsidieregeling en overige AWBZ-wetgeving maar is ook via andere bronnen onderzocht of er sprake is van overtreding van het Wetboek van Strafrecht.

In het Wetboek van Strafrecht is zorgfraude niet als zodanig benoemd, maar terug te voeren op valsheid in geschriften, oplichting, verduistering en bedrog en dus niet altijd een eenvoudig te bewijzen delict. Zie voor een nadere uitwerking hoofdstuk 4.2.

Er zijn in ons land meerdere definities van zorgfraude geformuleerd. Zonder over al deze definities inhoudelijk een oordeel te geven, komt in alle definities in essentie naar voren:

- de wederrechtelijkheid
- de opzet(telijkheid)
- het voordeel/nadeel (persoonlijk gewin)

Fraude in de zorg en dus ook PGB-fraude heeft uiteindelijk tot gevolg dat de kosten/schade die dit met zich meebrengt ten laste komen van het zorgstelsel. En dus direct of indirect ook ten laste van iedere verzekerde, waarbij in het bijzonder de kwaliteit van de zorg onder druk kan komen te staan.

### 3.2 Interviews

#### 3.2.1 Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)

Het CIZ is een onafhankelijke stichting die aangewezen is voor de uitvoering van indicatiestelling voor de AWBZ, waaronder het PGB. Het onderzoeksteam heeft één van de zes CIZ-districtskantoren geïnterviewd over de werkwijze van het CIZ en over de eventuele frauderisico's in de PGB-regeling. De bevindingen zijn als volgt.

Een potentiële budgethouder meldt zich telefonisch of schriftelijk bij het CIZ. Op basis van deze melding wordt een aanvraagformulier ingevuld waarop de NAW-gegevens, het bankrekeningnummer, het sofinummer en de aard van de ziekte staan vermeld. De klant hoeft geen medische onderbouwing te geven van zijn ziekte en de daaruit voortvloeiende beperkingen. De indicatie zelf vindt plaats via de korte route (telefonisch) of de standaardroute, waarbij sprake is van zogenaamd visiecontact. De keuze tussen deze twee routes hangt af van de complexiteit (gezinssituatie, etc.) van het geval en de

---

<sup>7</sup> Bron: Veen, R. van der en N. Groenendijk, “Frauderisico-analyse gezondheidszorg”, Universiteit Twente, 2003, pag. 9.

capaciteit van het CIZ. Door de steeds maar toenemende aanvragen PGB's is het CIZ in de praktijk nauwelijks in staat om de standaardroute te volgen. In de praktijk blijkt dan ook dat meer dan 95% van de gevallen via de korte route (telefonisch) loopt. Dat houdt dus in dat een persoon die een indicatie aanvraagt, geen bezoek aan huis krijgt en ook geen medische onderbouwing behoeft te geven. Het CIZ heeft overigens wel de bevoegdheid om medische onderbouwing te vragen.

De indicatie kan ook plaatsvinden op aanvraag van een wettelijke vertegenwoordiger, de zorgverlener of de bemiddelaar. De indicatie door CIZ is als zeer laagdrempelig te omschrijven en betreft het vaststellen van de aandoening, het bepalen van de grondslag, het inventariseren van de beperkingen en het vaststellen van de aanspraak.

In het indicatiebesluit wordt aangegeven wat de aanvrager wil: een PGB of zorg in natura.

*Er bestaat geen interne richtlijn, fraudeprotocol of landelijke aanwijzing hoe om te gaan met fraude. Om die reden is het personeel niet geïnstrueerd hoe met fraudegevallen om te gaan. Het CIZ signaleert wel een verhoogd misbruikrisico bij bemiddelingsbureaus. Er blijken indicaties te worden aangevraagd of verhoogd door bemiddelaars terwijl de potentiële budgethouder zelf van niets weet. In zijn algemeenheid kan worden gesteld dat wanneer sprake is van een bemiddelaar of zorgverlener die optreedt namens de budgetaanvrager er sprake is van een verhoogd risico van misbruik. Interne fraude (bijvoorbeeld het aanmaken van een fictieve PGB-aanvrager) behoort, door het ontbreken van adequate interne controle (IC), tot de mogelijkheden.*

Er is de laatste jaren een sterke stijging van het aantal indicaties door de Bureaus Jeugdzorg. Deze indicaties betreffen veelal de aanspraken ondersteunende en activerende begeleiding waarbij weliswaar sprake is van het laagste gemiddelde budget maar wel de hoogst gemiddelde onderbesteding. De staatssecretaris benoemt dit als thema voor vervolgonderzoek.<sup>8</sup> Deze aanspraken zijn ruim geformuleerd<sup>9</sup> zodat de gevallen waarin volgens CIZ geen recht op indicatie bestaat, schaars en al snel discutabel zijn. Zowel de zorgkantoren als het CIZ heeft voornoemde stijging aan het onderzoeksteam niet gesignaleerd. Voornamelijk is daarom, maar ook vanwege het hiervoor genoemde (door de staatssecretaris gewenste) vervolgonderzoek, het deel van de PGB-regeling dat loopt via Bureaus Jeugdzorg in deze fase van project niet aan nader onderzoek onderworpen.

### 3.2.2 Zorgkantoren

De bevindingen uit de interviews bestaan in hoofdlijnen uit het volgende:

Inleidende opmerkingen:

- over het algemeen is er een stijgende lijn waar te nemen in het aantal PGB-houders

---

<sup>8</sup> Brief van 9 november 2007; Tweede Kamer vergaderjaar 2007-2008, 26631 nr. 232

<sup>9</sup> Artikel 6 en 7 Besluit zorgaanspraken AWBZ:

Ondersteunende begeleiding omvat ondersteunende activiteiten in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap of een psychosociaal probleem, gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving;

Activerende begeleiding omvat te verlenen activerende activiteiten gericht op:

- a. herstel of voorkomen van verergering van gedrags- en psychische problematiek; of
- b. het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke handicap of zintuiglijke handicap.

- (zie tabel bij par. 1.4);
- de zorgkantoren beschikken over een uitvoeringsprotocol PGB wat is vastgesteld door ZN. De uitvoering vindt in de praktijk desalniettemin niet uniform plaats;

#### Indicatiestelling:

- de indicatiestelling door het CIZ wordt digitaal ontvangen door het zorgkantoor. Vastlegging vindt plaats in het *AZR-systeem* (AWBZ-brede zorgregistratie);
- het zorgkantoor screent de potentiële budgethouder niet; heeft daar de tools niet voor. Wel vindt *éénmalig vooraf een GBA-check* van de potentiële budgethouder plaats door het zorgkantoor.
- aan de budgethouder zelf wordt gevraagd om zijn persoons- en bankgegevens te checken;
- de mogelijkheid bestaat om het budget uit te laten keren aan een derde (bemiddelaar/ zaakwaarnemer). Er is geen eenduidig overzicht van het aantal PGB's dat door een bemiddelaar wordt beheerd;
- het zorgkantoor geeft in de verleningsbeschikking de hoogte van het budget aan en wat de verplichtingen (verantwoording besteding gelden) van de budgethouder zijn evenals de hoogte van de eigen bijdrage;
- voor de hoogte van de eigen bijdrage verkrijgt het zorgkantoor digitaal de inkomensgegevens van het CAK;
- naar gelang de hoogte van het budget vindt eenmalig of periodieke uitbetaling door het zorgkantoor aan de budgethouder (of bv. aan de bemiddelaar of zorgverlener) plaats.

#### Controle:

- controle op fiscale verantwoording van gelden die een zorgverlener ontvangt, ligt niet bij de zorgkantoren maar bij de Belastingdienst (zie par. 3.3.2);
- GBA-check van de zorgverlener vindt 'slechts' plaats bij intensieve controle. Die intensieve controle vindt plaats in 5% van de gevallen<sup>10</sup>;
- GBA-check van de zorgverlener is formeel niet toegestaan maar vindt wel plaats bij intensieve controle. Die intensieve controle vindt plaats in 5% van de gevallen;
- intensieve controle houdt in dat de onderliggende stukken opgevraagd worden bij de budgethouder;
- van de mogelijkheid om terugvorderingmaatregelen in te zetten, wordt nauwelijks gebruik gemaakt (kale kip-verhaal);
- de zorgkantoren staan onder toezicht van de NZa. In dat toezicht wordt ook aandacht gegeven aan de wijze waarop de zorgkantoren met PGB's omgaan;
- zorgkantoren controleren de wettelijk vereiste 5% van hun PGB-houders aselekt of bij enige twijfel;
- daarnaast hebben zorgkantoren te maken met controle door interne accountantsdiensten.

#### Fraudegevallen:

- zorgkantoren doen geen terugkoppeling richting CIZ bij (vermoedelijke) fraudegevallen;
- fraude-indicatoren die zijn samengesteld door ZN worden binnen de zorgkantoren gebruikt;
- mogelijke fraudegevallen worden door de zorgkantoren zoveel mogelijk zelf "opgelost", wat inhoudt dat terugvorderingmaatregelen worden genomen dan wel dat het budget wordt stopgezet. In een vroeg stadium melden aan Politie of andere bevoegde instanties blijft om die reden veelal achterwege;
- dossiers met een fraudebedrag boven de 5.000 euro mogen niet worden gesloten voordat het geld terug is gehaald. Melding van fraude aan de bevoegde instanties wordt beschouwd als einde dossier.

#### Overige opmerkingen:

- het zorgkantoor mag een PGB in overleg omzetten in ZIN, indien er financiële

<sup>10</sup> Voor zorgkantoren is een GBA-check formeel helemaal niet toegestaan.

problemen bij de aanvrager zijn<sup>11</sup>. Het is niet bekend hoeveel PGB-aanvragen zijn omgezet in ZIN.

- misbruik/ fraude door bemiddelaars is lastig vast te stellen omdat het zorgkantoor zich pas verantwoordelijk voelt om extra alert te zijn c.q. om de eventuele fraude te melden als de budgethouder hiervan melding maakt<sup>12</sup>;
- de PGB-regeling laat in het midden hoe hoog de bemiddelingskosten mogen zijn; als bovendien het budget niet uitgekeerd wordt aan de budgethouder zelf maar aan de bemiddelaar, heeft de bemiddelaar/ gemachtigde teveel ruimte om te frauderen. Dit wordt als een lacune ervaren;
- in gevallen waarin een budgetaanvrager een fictief adres dan wel een postbus opgeeft, dient toch te worden overgegaan tot uitkering van het budget en biedt de regeling geen mogelijkheid om het budget te stoppen.

### 3.2.3 Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Zorgverzekeraars Nederland is de branchevereniging voor de zorgverzekeraars (in dit verband ook de zorgkantoren). Elk jaar inventariseert ZN de inzet, ervaringen en resultaten van het fraudebestrijdingbeleid van haar leden. Over 2006 constateert ZN een afname van het totale fraudebedrag ten opzichte van 2005 met 20% tot € 6,8 miljoen. Het gaat hierbij echter om gedetecteerde fraude; er wordt naar mogelijkheden gezocht om vast te kunnen stellen wat de daadwerkelijke omvang van fraude per deelterrein is. Overigens betreft het hier fraude op zowel de private verzekeringsmarkt als de AWBZ-markt.

ZN ondersteunt de zorgkantoren bij de uitvoering van de PGB-regeling. Zo is er door de begeleidingscommissie PGB van ZN een uitvoeringsprotocol PGB opgesteld wat de leden (zorgkantoren) kunnen gebruiken bij de uitvoering van de PGB-regeling. Daarnaast initieert ZN overleg met VWS/CVZ over knelpunten bij de uitvoering van de regeling.

Voor wat betreft fraude ondersteunt ZN de zorgverzekeraars bij de aanpak ervan. Dat komt bijvoorbeeld tot uiting in het aangeven van fraude-indicatoren. *De daadwerkelijke aanpak van fraude blijft echter een verantwoordelijkheid van het individuele zorgkantoor.* De omvang van fraude specifiek met PGB's is bij ZN niet inzichtelijk vanwege de complexiteit van de zorgsector in het algemeen en de specifieke risico's binnen elke subsector (zoals PGB) in het bijzonder. Bovendien acht ZN uitgebreid en arbeidsintensief 'risk measurement' niet opportuun.

### 3.2.4 College voor Zorgverzekeringen (CVZ)

Het CVZ is de uitvoeringscoördinator van de AWBZ en heeft de rol van subsidieverstrekker richting de zorgkantoren. Zoals reeds gemeld is de uitvoering van de PGB-regeling door CVZ uitbesteed aan de zorgkantoren. CVZ heeft in 2003 een onderzoek gedaan naar de handhaving van de PGB-regeling bij zorgkantoren en concludeert dat:

1. de zorgkantoren onder de oude regeling nauwelijks actief beleid hebben gevoerd ter voorkoming van oneigenlijk gebruik en misbruik van PGB-gelden en
2. de zorgkantoren tevreden zijn over het feit dat onder de nieuwe regeling zij zelf de voorschotten aan de budgethouder verlenen en de controle over de zorgcontracten en declaraties uitvoeren.

*Volgens de zorgkantoren ontbreken echter ook bij deze regeling duidelijke richtlijnen om*

---

<sup>11</sup> Volgens artikel 2.6.4 van de PGB-regeling is dit op deze grond niet toegestaan.

<sup>12</sup> Uit een evaluatieonderzoek i.o.v. CVZ blijkt dat circa 10% van de budgethouders gebruik maakt van een bemiddelaar.



*oneigenlijk gebruik van PGB-gelden te constateren. Daarnaast geven zij aan dat zij onvoldoende bevoegd zijn om in bepaalde gevallen over te gaan tot schorsing, beëindiging of terugvordering van het budget. Zij pleiten voor aanscherping van de regeling.*

Het CVZ heeft als verantwoordelijk orgaan onder andere een protocol "controle, terugvordering en incasso" opgesteld wat door de zorgkantoren gebruikt wordt. Het fraudebeleid (met betrekking tot onder andere de PGB's) ligt niet primair bij het CVZ maar bij de zorgkantoren.

### **3.2.5 Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)**

De NZa houdt onder andere toezicht op het functioneren van de AWBZ-verzekeraars/zorgkantoren. Dit toezicht ziet toe op zowel de rechtmatige als de doelmatige uitvoering van de AWBZ. Met het toezicht op de rechtmatige uitvoering wordt bedoeld of AWBZ-verzekeraars/zorgkantoren de AWBZ juist uitvoeren en onder andere aan hun zorgplicht voldoen (dat ze zorg regelen voor de consument die daarvoor een indicatie heeft). Met het toezicht op doelmatige uitvoering beoordeelt de NZa of goede zorg is ingekocht tegen onder andere een redelijke prijs.

De NZa bewaakt de consumentenbelangen en in dat kader past ook het doel van het toezicht dat door de NZa wordt uitgeoefend: de verzekerden moeten voldoende, toegankelijke, betaalbare en goede AWBZ-zorg krijgen.<sup>13</sup>

Met betrekking tot het toezicht op de PGB's heeft het CVZ<sup>14</sup> (de subsidieverstrekker van de PGB aan zorgkantoren) de NZa verzocht om bij het uitvoeren van bovengenoemd toezicht op de zorgkantoren tevens te onderzoeken of de zorgkantoren de subsidievoorwaarden/taken PGB naleven. Een van de taken van de zorgkantoren is dat zij jaarlijks 5% van hun PGB-houders intensief moeten controleren. De NZa beoordeelt onder andere deze taak en rapporteert hierover aan het CVZ. Tot op heden blijken de zorgkantoren aan die verplichting te voldoen.

De zorgkantoren leggen jaarlijks verantwoording af aan de NZa (en CVZ) op basis waarvan de NZa een prestatiemeting uitvoert. Aan de hand van prestatie-indicatoren toetst de NZa hoe goed/ slecht de zorgkantoren de AWBZ uitvoeren. In deze indicatoren is ook aandacht voor de PGB's en voor de mate waarin bestrijding van oneigenlijk gebruik dan wel misbruik plaatsvindt. Zo wordt er gekeken of het zorgkantoor gebruik maakt van een fraudeprotocol, of er een fraudecoördinator is, etc. In de verantwoordingsdocumenten (met name de jaarlijkse verslaglegging met review door externe accountants) komen echter nauwelijks fraudezaken met het PGB 'boven water'. Uit het onderzoek van de NZa<sup>15</sup> blijkt dat zorgkantoren moeite hebben om de bewijslast van fraude vast te stellen. Daadwerkelijke fraude met het PGB stelden zij slechts sporadisch vast. De NZa meldt ook dat vanwege de globaliteit van de PGB-regeling niet altijd duidelijk is of de besteding van PGB-middelen binnen de wettelijke kaders valt, waardoor misbruik of oneigenlijk gebruik van de regeling moeilijk is aan te tonen. *De NZa beveelt aan de PGB-regeling op dit punt te beoordelen en zonodig aan te scherpen.*

## **3.3 Dossieranalyse**

### **3.3.1 Fraudemeldingen**

Door het onderzoeksteam is aan de geïnterviewde zorgverzekeraars gevraagd naar vermeende fraudezaken die zij over één jaar in behandeling hebben of hebben gehad. In

<sup>13</sup> Bron: [www.NZa.nl/verzekeraar](http://www.NZa.nl/verzekeraar)

<sup>14</sup> Bijlage 4 van het Samenwerkingsprotocol tussen het College voor zorgverzekeringen en de Nederlandse Zorgautoriteit.

<sup>15</sup> Rapport NZa Uitvoering AWBZ 2006

totaal zijn er 106 fraudezaken ontvangen, van vier zorgverzekeraars.

Daarnaast is het systeem FRIS bevroegd, wat over één kalenderjaar ook nog 7 fraudegevallen opleverde. Deze zijn echter slechts beoordeeld op strafbare feiten, werkwijze en pleger(s) en niet meegenomen in onderstaande matrix, ter voorkoming van dubbeltellingen. Op de beoordeelde punten weken de FRIS-meldingen overigens niet af van de ontvangen meldingen van de zorgkantoren.

In totaal zijn dus 106 fraudemeldingen beoordeeld; slechts een fractie van deze fraudegevallen was overigens gemeld bij het meldpunt van het Verbond van Verzekeraars. **Uitdrukkelijk wordt vermeld dat de gebruikte gegevens geen politiegegevens zijn, maar afkomstig zijn van de zorgverzekeraars zelf.**

In het volgende schema staan de fraudezaken weergegeven.

Frequentie	Strafbaar Feit	Werkwijze	Pleger(s)	Schadebedrag	Resultaat	Opmerkingen	
8	art. 225 Sr / 326 Sr / 227A Sr	8 x valse contracten en valse verantwoordingsformulieren 1x BH opgenomen in verzorgingstehuis 8x Omschreven hulp niet verleend	3x ZV BH (+ 3x WV)	3x 1x ?	€ 217.097,00	1 x politieaangifte Strafzaak 1 x geen incasso	1 x Verdachten veroordeeld tot 1 jr en 8 mnd gevangenisstraf 2x dossier gesloten 2x geïnd terwijl kinderen uit huis waren gezet; € 7.000,- oninbaar
1	art. 321 Sr	In vertrouwensrelatie alle gelden verduisterd	ZV	€ 44.000,00	Tot in hoger beroep is ZK ontvankelijk verklaard. Pleger is veroordeeld.	Dossier gesloten Gelden zijn verloren	
15	art. 326 Sr / 321 Sr / 227A Sr	Budget niet gebruikt. voor zorginkoop Geen verantwoording.	13x BH 2x ZV/familieid	€ 231.431,00	Gelden zijn "op". Vorderingen afgeboekt. BH is armlastig	1x politie weigert aangifte 5x Dossier gesloten 1x lopende civiele procedure 3x terugbetalingsregeling	
3	art. 326 Sr / 227A	Geen passende Indicatie Na ontvangst voorschot	2x BH 1x WV	€ 74.812,00	Verrekend met PGB egaa onbekend	Onjuiste voorstelling van zaken	
5	art. 225 Sr / 326	Valse ZW int door terwijl BH is Gelden geïnd, geen zorg	2x WV 2 ZW 1 ZW / ZV	€ 167.470,00 ? € 52.000,00	Kale kip. Gelden weg	Dossiers gesloten Geen inning	
3	art. 225 / 326 Sr	ZW is kleinzoon van BH. ZV = echtgenote ZW telkens ziek met ziekengeld (dubbele "inkomsten")	1 Combi ZW ZV 1 Echtgenote ZW ook ZV ZW=BM+ZV	€ 34.500,00 € 500.000,00	Aangifte politie	Kent de regels van het spel en zoekt de mazen op moeilijk grip te krijgen geen/minder zorg verleend	
1	art. 447c Sr	BH verzorgt door ZV (partner) die door beperkingen niet in staat is zorg te leveren	BH en ZV	€ 6.500,00	Betaling gestopt		
3	art 225 Sr + fiscale fraude	ZV geeft aan nooit gelden ontvangen te hebben / geen aangifte belaste inkomsten	ZV	€ 28.000,00	Onbekend	Geen opgave inkomsten. Vervalste verantwoordingsformulieren?	
<b>39</b>				<b>€ 1.355.810,00</b>		Gemiddeld € 34.764,00	
67	art. 225 Sr / 227A Sr / 321 Sr / 326 Sr / 447c Sr	foutief besteden budget	BH en/of ZW en/of WV	?	Bij debiteuren-administratie / afdeling Incasso	Geen specifieke gegevens (op korte termijn) bij fraudecoördinator bekend	
106	Totaal aantal dossiers			?			

Afkortingen BH = Budgethouder	ZW = Zaakwaarnemer	ZI = Zorginstelling
ZV = Zorgverlener	BM = Bemiddelaar	
WV = Wettelijk Vertegenwoordiger	ZK = Zorgkantoor	Sr= Wetboek van Strafrecht

De grote lijn in deze fraudezaken is het volgende:

- verreweg de meeste cases hebben betrekking op onjuiste besteding van het budget (80%) ;
- in die gevallen is het budget teruggevorderd, wat echter meestal niet veel oplevert;
- melding van fraude bij het Verbond van Verzekeraars is daarbij vervolgens achterwege gebleven omdat enerzijds de vermoedens niet voldoende kunnen worden gestaafd en anderzijds de zorgverzekeraars het onjuist besteden van het PGB niet (direct) zien als een strafbaar feit;
- de plegers van eventuele strafbare feiten in de onderzochte fraudezaken betreffen zowel de budgethouder zelf, de zorgverlener, de zaakwaarnemer en de bemiddelaar

of een combinatie hiervan.

Vanuit voornoemde 106 fraudezaken is slechts in algemene termen iets te zeggen over de totale omvang van de fraude met PGB's.

Voorname 106 fraudemeldingen komen bij de helft van het aantal zorgkantoren vandaan, 16 van de 32. Deze meldingen zijn naar voren gekomen op basis van de voorgeschreven intensieve controle (5%) van het aantal PGB's. Bij 37% van de meldingen (39 stuks) is een totaal fraudebedrag van € 1.355.810,- vastgesteld, met een gemiddelde van € 34.764,-

*Opvallend is dat bij 63% van de meldingen geen bedrag achterhaald kon worden of is vastgesteld. Deze bedragen betreffen vermoedelijk onjuiste bestedingen van pgb-gelden.*

Het vermoeden lijkt dan ook gerechtvaardigd dat bovengenoemde fraudemeldingen slechts een klein deel is van de daadwerkelijke fraudeomvang.

#### Enkele voorbeelden van praktijkcases

- I. Een persoon is zaakwaarnemer/ bewindvoerder van een budgethouder. De echtgenote van de zaakwaarnemer verleent zorg. De budgethouder overlijdt en het budget loopt 'gewoon' door. Er worden valse verantwoordingsformulieren ingediend. Het blijkt dat er door het zorgkantoor enkel bij de verleningsbeschikking een GBA-check plaatsvindt, terwijl dit formeel niet is toegestaan. Er is dus geen actieve (periodieke) koppeling met de GBA.  
Door de BR NON is in 2007 een strafrechtelijk onderzoek (Molybdeen) naar PGB-fraude afgerond met deze werkwijze. Beide verdachten werden veroordeeld tot 240 uur taakstraf en zes maanden cel met een proeftijd van twee jaar. Opmerkelijk in deze zaak is dat het betreffende zorgkantoor geen terugvorderingactie is gestart. De officier van justitie heeft dat gelukkig bij behandeling door de rechtbank wel gedaan.
- II. Een bemiddelaar is tevens zaakwaarnemer en zorgverlener. Als 'deskundige' regelt deze persoon een hoge(re) indicatie. Vervolgens worden door de zaakwaarnemer valse verantwoordingformulieren ingediend. Er worden namelijk meer uren zorg verantwoord dan er daadwerkelijk zijn verleend. In sommige gevallen speelt de zaakwaarnemer geld toe aan de budgethouder, zodat de budgethouder niet zal klagen over te weinig zorg.
- III. Een budgethouder krijgt op basis van een indicatiebesluit en de verleningsbeschikking een budget als voorschot. Het budget wordt opgesoupeerd aan andere zaken dan zorg.  
In dit geval zijn er meerdere mogelijkheden.
  1. Een persoon krijgt op basis van 'verzinsels' een budget toegewezen van het CIZ. Na ontvangst van het voorschot van het zorgkantoor is de budgethouders met onbekende bestemming vertrokken. Er is geen verantwoordingsformulier ingediend;
  2. De budgethouder heeft geen/ minder zorg nodig dan geïndiceerd (oplichting?) en verstrekt een vals opgemaakt verantwoordingsformulier, wat nagenoeg niet is te detecteren als hij samenwerkt met een papieren zorgverlener;
  3. Een budgethouder heeft wel zorg nodig –heeft het geld dus anders dan door een misdrijf onder zich- maar gebruikt het niet voor de inkoop van zorg. Er kan hier sprake zijn van verduistering;
- IV. Een budgethouder speelt met meer dan één zorgverlener onder één hoedje om de uren zorg vals te verantwoorden. Daarnaast worden de zogenaamde inkomsten ook verdeeld om fiscaal onder een bepaalde grens te blijven.
- V. Een aantal budgethouders heeft samen een stichting in het leven geroepen om zorg in te kopen. Zij verantwoorden de uren verleende zorg, waarbij de stichting als zorgverlener wordt aangegeven. De stichting echter contracteert de benodigde zorg. Op deze manier is het niet inzichtelijk wie daadwerkelijk zorg verleend en bestaat de mogelijkheid 'goedkope' zorg in te kopen. Een eventueel verschil tussen zorginkoop

door de budgethouder en inkoop door de stichting blijft in de 'eigen' stichting. Door de daadwerkelijke zorgverleners worden fiscaal geen inkomsten opgegeven.

- VI. Een budgethouder koopt zorg in bij een andere budgethouder, terwijl beiden voor dezelfde zorgfuncties zijn geïndiceerd. Op zich laat de PGB-regeling hier wel de ruimte voor. Echter als dit gebeurt om het budget niet aan zorg te besteden maar vals te verantwoorden, is dit een strafbaar feit op. Detectie- en bewijstechnisch levert dat wel problemen op.
- VII. Het onderzoeksteam bereikte ook signalen over mogelijke fraude met ZIN. Deze signalen hebben betrekking op het massaal omzetten van PGB's in ZIN door zorgbemiddelaars. In deze casus gaat het om één instelling/organisatie. Het massaal omzetten gebeurt bij de betreffende instelling/organisatie, maar er is geen enkel bewijs dat dit op grote schaal voorkomt. Het vermoeden van fraude met ZIN is dan niet ondenkbeeldig vanwege de hogere tarieven die daar gelden. Omdat nader onderzoek daarnaar de opdracht van dit project te buiten zou gaan, is dit hier buiten beschouwing gelaten. Alleen al de omvang van de markt ZIN ten opzichte van PGB zou nader onderzoek kunnen rechtvaardigen. Daarbij moet echter de kanttekening gemaakt worden dat het zich in die markt manifesterende fenomeen 'doorcontractering' een niet ongeoorloofd (laat staan: strafbaar) gevolg is van de marktwerking.

### 3.3.2 Fiscale component

Het PGB heeft ook fiscale relevantie:

1. er bestaat geen recht op aftrek buitengewone lasten voor dat gedeelte van de kosten wat door de ontvangst van een PGB niet op belastingplichtige drukt;
2. de zorgverlener die betaald wordt uit een PGB; geniet belaste inkomsten uit arbeid.

Het PGB is bestemd voor het inkopen van zorg en wordt daarom *niet* als fiscaal inkomen aangemerkt bij de budgethouder zelf. Indien een zorgverlener formeel in dienst is bij de budgethouder, is er sprake van een werkgever-/werknemerrelatie en dient er (via het SVB) loonbelasting en sociale premies door de budgethouder te worden afgedragen. Indien de zorgverlener niet bij de budgethouder in dienst is, is er sprake van een situatie zoals hierboven genoemd onder punt 2.

Tussen CVZ en de Belastingdienst zijn afspraken gemaakt over de informatieverplichting die de zorgkantoren hebben in het kader van de AWR om informatie aan de Belastingdienst te verstrekken. Deze afspraken houden in dat de zorgkantoren informatie met betrekking tot het aantal budgethouders en de uitgekeerde budgetten aan dienen te leveren aan de Belastingdienst (renseigneren).

De gegevensstroom vanuit de zorgkantoren richting Belastingdienst wordt vastgelegd/verwerkt in het Renseigneringsinformatiesysteem (RIS) van de Belastingdienst en dient als contra-informatie bij de toetsing van de aangifte inkomstenbelasting van de budgethouders.

Daarnaast worden ook de verantwoordingsformulieren, die door budgethouders aan de zorgkantoren worden gestuurd, door de zorgkantoren aan de Belastingdienst aangeleverd. Ook deze gegevens worden door de Belastingdienst verwerkt in RIS en dienen als contra-informatie bij de toetsing van de aangiften inkomstenbelasting van de zorgverleners.

Op beide gegevensstromen worden door de Belastingdienst wel technisch en logisch gecontroleerd en vindt er een plausibiliteitscontrole plaats. De juistheid en volledigheid van de gegevens worden (kunnen) echter niet gecontroleerd.

## **4 Conclusies**

### **4.1 Misbruik/ oneigenlijk gebruik**

Misbruik/ oneigenlijk gebruik van de PGB-regeling is in gevallen die voortkomen uit 'gebrekigheid' van de regeling niet aan te merken als een strafbaar feit. Globaal gezien komt dat voort uit het volgende:

- de aanspraken zijn (te) ruim geformuleerd; er bestaat een grijs gebied in de aanspraken ondersteunende en activerende begeleiding;
- er is geen maximum vastgesteld van uurloon, reiskosten of bemiddelingskosten; tegen excessen op dit gebied kan niet adequaat opgetreden worden door het zorgkantoor;
- verantwoording en controle is een papierkwestie en is zeer beperkt (fraude is nauwelijks aan te tonen);
- de zorgkantoren worden door de NZa vooral kwantitatief beoordeeld (het percentage ingestelde controles en of die conform de voorschriften zijn uitgevoerd en daarnaast of de zorgkantoren voldoende invulling geven aan de bestrijding van fraude). Toezicht op de zorgaanbieders is geen taak van de NZa;
- fysieke controle op daadwerkelijke zorgverlening is niet geregeld;
- een budgethouder kan ook zorgverlener voor een andere budgethouder zijn, enz.;
- de kwaliteit van zorg is niet gedefinieerd, elke ingekochte zorg is kwalitatief goed als de PGB-houder die goed vindt;
- er bestaat geen financiële prikkel om fraude te bestrijden voor het CIZ en de zorgkantoren;
- er is nauwelijks overleg of afstemming tussen partners (CIZ en zorgkantoren) over fraudegevallen;
- vanwege capaciteitsproblemen lijkt de kwaliteit van indicatiestelling te wensen over te laten (telefonische indicatie zonder visitatiecontact);
- fraudegevallen worden nauwelijks gemeld door de zorgkantoren.

### Aanbevelingen

- Aanpassing van de regeling op voornoemde punten is wenselijk vanuit fraudebestrijdingoogpunt. Die aanpassingen zouden echter ten koste kunnen gaan van de flexibiliteit c.q. ruimhartigheid die de regeling nu kenmerkt;
- Het lijkt zinvol om verbeteringen aan te brengen in het indicatietraject, vooral omdat wanneer de indicatie eenmaal vaststaat, nauwelijks controle of toezicht wordt uitgeoefend;
- Het is raadzaam om verbeteringen aan te brengen in de processen van het zorgkantoor, vooral op het gebied van detectie- en controle mogelijkheden.

## 4.2 Strafbare feiten

### Aard van de fraude

Uit zowel het literatuuronderzoek als uit de ontvangen fraudemeldingen, komt naar voren dat fraude met PGB's concreet kan betekenen dat sprake is van de volgende strafbare feiten:

Omschrijving strafbaar feit:	Wetgeving:	Specifiek:	Artikel:
1. Valsheid in geschrifte	Titel XII van Boek 2 Wetboek van Strafrecht	Valsheid in geschrift	225
		Niet naar waarheid gegevens verstrekken	227a
		Nalaten gegevens te verstrekken	227b
2. Overtredingen betreffende het openbaar gezag:	Titel III van Boek 3 Wetboek van Strafrecht	Actieve fraude	447c

		Passieve fraude	447d
3. Fiscale fraude	Algemene Wet inzake Rijksbelastingen	Opzettelijke onjuiste aangifte IB	68, 69
4. Overige commune delicten	Titel XII van Boek 2 Wetboek van Strafrecht	Verduistering	321
		Oplichting	326

### Omvang van de fraude

De hoofdconclusie die ten aanzien van de omvang van de fraude kan worden getrokken is dat vooral door detectie- en meldingsproblematiek de werkelijke omvang niet kan worden vastgesteld.

De door de zorgkantoren op vertrouwelijke basis ter beschikking gestelde fraudemeldingen (106) zijn naar voren gekomen op basis van 5% controle van het aantal verstrekte PGB's. Het vermoeden lijkt gerechtvaardigd dat bovengenoemde fraudemeldingen slechts een klein deel is van de daadwerkelijke fraudeomvang.

Tot nu toe is weinig ervaring opgedaan in de opsporing van fraudes met PGB's. In twee gevallen is door de Politie een strafrechtelijk onderzoek ingesteld wat geleid heeft tot een veroordeling voor valsheid in geschrift.

Dat gegeven is (mede gezien de hierna te noemen beperkte detectiemogelijkheden en meldingsbereidheid) geen bevestiging dat er 'nauwelijks' fraude met PGB's plaatsvindt.

### Detectie

Vermoedens van strafbare feiten met betrekking tot het PGB komen via de controles van de zorgkantoren slechts marginaal naar boven. Dit vindt zijn oorzaak in het gegeven dat de controles (globale en intensieve) alleen maar van administratieve aard zijn; de zorgkantoren beschikken niet over contra-informatie of andere checks (bankafschriften, etc.). Daarnaast hebben de zorgkantoren uit oogpunt van kostenbeheersing geen belang bij kwantitatieve of kwalitatieve uitbreiding van hun controletaken.

Voorbeeld:

*Indien de budgethouder het verantwoordingsformulier opzettelijk onjuist invult, kan sprake zijn van het strafbare feit genoemd in artikel 227 a WvSr (niet naar waarheid gegevens verstrekken). Op het formulier is in dat geval bijvoorbeeld aangegeven dat zorgverlener X voor bedrag Y zorg heeft verleend, terwijl het budget voor andere doeleinden is aangewend.*

*Het formulier geeft echter geen reden tot intensieve controle en deze vorm van fraude zal dus in slechts zeer beperkte gevallen boven water komen.*

### Meldingsbereidheid

Indien zorgkantoren vermoedens van fraude in de PGB's opdoen vanuit de ingestelde controles, zouden die op grond van het meldingsprotocol van het Verbond van Verzekeraars moeten worden gemeld. Die doormelding van fraudegevallen vindt nauwelijks plaats, wellicht vanuit kostenbeheersing oogpunt of omdat de fraude 'intern' wordt opgelost/ afgedaan maar mogelijk ook omdat er onwetendheid bestaat ten aanzien van de concrete strafbaarheid van een geval.

Voorbeeld:

*Indien de budgethouder zijn budget (gedeeltelijk) voor andere doeleinden dan aan zorg heeft besteedt, zal hij dit (indien hij geen valsheid in geschrifte wil plegen) moeten verantwoorden. Een verantwoordingsformulier waarop staat aangegeven dat het budget voor andere doeleinden is besteed, zal voor het zorgkantoor aanleiding kunnen/ moeten*

*geven om deze casus te onderwerpen aan intensieve controle. Formeel gezien pleegt de budgethouder het strafbare feit verduistering (artikel 321 WvSr) omdat hij het budget (alhoewel hij het rechtmatig onder zich heeft) zich wederrechtelijk toeigent; in de regeling staat immers dat het budget dient te worden besteed aan zorg.*

### **Fiscale (fraude)aspecten**

Er is (nog) onvoldoende zicht op de omvang van het potentiële risico dat de vergoeding die de zorgverlener ontvangt, niet fiscaal wordt verantwoord.

Vanuit het onderzoek bleek dat in 3 van de 39 bekende cases geen fiscale verantwoording had plaatsgevonden. In theorie is dit afgedekt doordat de budgethouder aan het zorgkantoor verantwoordt waar hij zijn budget aan heeft besteed en doordat deze informatie door de zorgkantoren aan de Belastingdienst wordt gestuurd. Het fiscale belang van aandacht aan dit risico neemt toe bij het invoeren van de vooringevulde aangifte .

Indien het vermoeden bestaat dat het PGB niet fiscaal is verantwoord, kan dit leiden tot een strafrechtelijk onderzoek door de FIOD-ECD. In voorkomende gevallen waarin (ook fiscaal) strafrechtelijk optreden opportuun is, kan dit een signaalwerking hebben.

### **Project fase 2 (operationele onderzoeken)**

Conform de projectopdracht zal in overleg met het Openbaar Ministerie een nadere afweging worden gemaakt fase 2 te starten, waarbij een aantal strafrechtelijke onderzoeken uitgevoerd zullen worden.

## **Afkortingenlijst**

### Instanties:

BR NON            Bovenregionale recherche Noord Oost Nederland  
                          *"Fraude met PGB's", BR NON en FIOD-ECD*  
                          juni 2008



CAK	Centraal Administratiekantoor
CIZ	Centraal Indicatieorgaan Zorg
CVZ	College voor zorgverzekeringen
FIOD-ECD	Fiscale inlichtingen en opsporingsdienst, Economische controledienst
FMP	Fraudemeldpunt (Openbaar Ministerie)
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
SIOD	Sociale Inlichtingen en Opsporingsdienst.
SVB	Sociale verzekeringsbank
VWS	Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

#### Overige

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
AWR	Algemene Wet Rijksbelastingen
AZR-systeem	AWBZ-brede zorgregistratie
FRIS	Fraude Recherche- en Informatiesysteem
GBA	Gemeentelijke basisadministratie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
MO	Modus Operandi (werkwijze)
NAW	Naam, adres en woonplaats
PGB	Persoonsgebonden budget
RIS	Renseigneringsinformatie systeem
SF	Strafbaar feit
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WvSr	Wetboek van Strafrecht
ZIN	Zorg in natura
Zvw	Zorgverzekeringswet

## Verwijzingen

1. Regeling subsidies AWBZ (par. 2.6 Persoonsgebonden budget)  
[http://www.ggzbeleid.nl/pdfawbzsub/regeling\\_subsidies\\_awbz.pdf](http://www.ggzbeleid.nl/pdfawbzsub/regeling_subsidies_awbz.pdf)

2. Protocol Controle, terugvordering & incasso  
<http://www.invoeringwmo.nl/NR/rdonlyres/EB734C7D-026C-442A-8B23-40678CD029CF/0/PGBAWBZUitvoeringsprotocol2006.doc>
3. AWBZ-kompas CVZ  
[http://www.cvz.nl/resources/AWBZ-kompas\\_web\\_0807\\_tcm28-22840.pdf](http://www.cvz.nl/resources/AWBZ-kompas_web_0807_tcm28-22840.pdf)
4. Wetteksten strafbare feiten  
<http://wetten.overheid.nl/cgi-bin/sessioned/browsercheck/continuation=19226-002/session=038199649867336/action=javascript-result/javascript=yes>