



Inspectie SZW  
Ministerie van Sociale Zaken en  
Werkgelegenheid

> Retouradres Postbus 90801 2509 LV Den Haag

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport  
t.a.v. Minister T. van Ark  
Postbus 20350  
2500 EJ Den Haag



**Directie Analyse  
Programmering en Strategie**  
Beleidsondersteuning

Postbus 90801  
2509 LV Den Haag  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 333 44 44  
www.inspectieszw.nl

Datum 21-12-2020  
Betreft Signaleringsbrief zorgfraude 2020

**Onze referentie**  
2020-0000177508

Geachte mevrouw Van Ark,

Hierbij ontvangt u de Signaleringsbrief 2020, waarin de ketenpartners die betrokken zijn bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg (verenigd in de Taskforce Integriteit Zorgsector/ TIZ<sup>1</sup>) bestaande en nieuwe knelpunten onder uw aandacht willen brengen.

Bij fouten en fraude in de zorg gaat het om handelingen die in strijd zijn met wet- en regelgeving, waarbij gebruik wordt gemaakt van gelden en middelen die voor zorg bestemd zijn. Gelden en middelen die bestemd zijn voor zorg dienen daar ook voor te worden gebruikt. Eenieder dient dan ook de zorg te krijgen die hij/zij nodig heeft. Fouten en fraude in de zorg zijn onacceptabel en ondermijnen het vertrouwen in de integriteit van de zorgsector. Daarom zetten wij ons gezamenlijk in om fouten en fraude aan te pakken. Door de krachten te bundelen wordt het effect van de aanpak vergroot.

Er zijn de afgelopen jaren goede stappen gezet in het stoppen, voorkomen en bestraffen van fouten en fraude in de zorg. Onze signaleringsbrieven en de opvolging daarop hebben daar een waardevolle bijdrage aan geleverd. Sinds 2016 bespreken we via de Leercirkel<sup>2</sup> de geconstateerde tekortkomingen en signaleringen vanuit de praktijk. Ook worden knelpunten en lacunes binnen wet- en regelgeving in de Leercirkel besproken.

<sup>1</sup> De samenwerkende ketenpartners zijn: de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), de Sociale Verzekeringsbank (SVB), het Openbaar Ministerie (OM), de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (Inspectie SZW). De partners en het samenwerkingsverband Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) zetten zich samen met de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Belastingdienst en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) als Taskforce Integriteit Zorgsector (TIZ) in voor het voorkomen en uitbannen van fouten en fraude in de Nederlandse gezondheidszorg.

<sup>2</sup> In het Leercirkeloverleg vervullen ketenpartners in de zorg vanuit hun operationele praktijk een signalerende en agenderende rol voor politiek en beleid. In het Leercirkeloverleg wordt door de ketenpartners gesproken over casuïstiek, verschillende fraudevormen, trends en belemmeringen vanuit wet- en regelgeving en trends en belemmeringen vanuit de uitvoeringspraktijk in de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

We zetten ons in om geconstateerde knelpunten in eerste instantie zelf op te lossen. Indien de oplossing niet binnen de keten en/of eigen organisatie(s) gevonden kan worden, wordt uw ministerie onder andere via de signaleringsbrief betrokken.

**Directie Analyse  
Programmering en Strategie**  
Beleidsondersteuning

Naast de Leercirkel werken we gezamenlijk aan het programmaplan 'Rechtmatige Zorg 2018-2021 – aanpak van fouten en fraude in de zorg'<sup>3</sup>, bij de 'Agenda pgb' en bij diverse wetgevingstrajecten.

**Datum**  
21-12-2020

**Onze referentie**  
2020-0000177508

## **Algemeen**

Bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg zien we ruimte voor verbetering. Waar mogelijk en nodig willen we samen met u op zoek naar oplossingen.

Graag willen we naast de inbreng van nieuwe signalen dit jaar, ook stilstaan bij de signalen van de afgelopen jaren. Hoewel de afgelopen jaren goede stappen zijn gezet in de aanpak van fouten en fraude in de zorg, merken we dat er, ondanks eerdere signaleringen, nog onvoldoende effect is bereikt ten aanzien van bepaalde signalen. Het gaat hierbij om onder andere de signalen over gegevensuitwisseling tussen ketenpartners, het persoonsgebonden budget (pgb) en de verwachte knelpunten rondom de werking van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en het wetsvoorstel Verbetering Toezicht en Opsporing Wet marktordening gezondheidszorg (VTO Wmg).

Wat betreft nieuwe signalen willen we organisatieconstructies van zorgbedrijven onder uw aandacht brengen. Daarnaast wordt ingezoomd op het signaal over de problematiek rondom het gebruik van verschillende Algemeen Gegevens Beheer codes (AGB-codes). Naast deze signalen willen we stilstaan bij de knelpunten rondom de wetgevingstrajecten VTO wmg en de Wtza. Daarna wordt het rapport 'een wereld te winnen' van de VNG<sup>4</sup> genoemd met aanvullend een signaal over het dubbele opzet vereiste in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) 2015. Tot slot willen we stilstaan bij de Covid-19 pandemie en de mogelijke beperkingen met betrekking tot de mate waarin de ketenpartners het rechtmatige gebruik van de steunmaatregelen kunnen controleren en handhaven.

## **Organisatieconstructies van zorgbedrijven belemmeren controles**

Terugblikkend op de signaleringsbrieven van de afgelopen jaren, zien we een rode draad in een aantal signalen. Het gaat om signalen die raken aan complexe organisatiestructuren en/of samenwerkingsverbanden.

In de signaleringsbrief van 2017 werd benadrukt dat het voor malafide zorgverleners en bestuurders eenvoudig is opnieuw een onderneming in de zorg op te zetten. Specifiek daarbij werd benadrukt dat de ketenpartners steeds meer ingewikkelde bestuurlijke (BV-)constructies in de zorg zien ontstaan waarbij onder andere gebruik wordt gemaakt van onvoldoende transparante uitbestedingsconstructies. Hierdoor kan bijvoorbeeld het verbod op winstoogmerk en/of de Wet normering topinkomens worden omzeild en kan zorggeld onrechtmatig worden onttrokken.

Een andere constructie die genoemd is in de signaleringsbrief van 2017 en die het toezicht belemmert, is dat eigenaars zorgbedrijven failliet laten gaan, en onder een andere naam, met bijvoorbeeld een (op papier) andere bestuurder, een nieuwe zorgorganisatie oprichten.

<sup>3</sup> Tweede Kamer, 2017-2018, 28828, nr. 108.

<sup>4</sup> <https://vng.nl/artikelen/een-wereld-te-winnen>.

Het gevolg van deze handelswijze is dat het voor deze eigenaars heel eenvoudig is om hun dubieuze zorgactiviteiten vanuit een nieuwe onderneming voort te zetten.

De tijd en moeite die gestoken is in de opsporing en aanpak van het voormalige malafide zorgbedrijf, is daarmee vaak tevergeefs.

In 2019 heeft de Afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State in een specifieke casus uitspraak gedaan dat het toezicht door de NZa en de IGJ op de professionele en integere bedrijfsvoering van franchiseondernemingen in de zorg zich beperkt tot de franchisenemers<sup>5</sup>. De franchisegever bleef in deze specifieke casus buiten schot. Hierdoor zien wij in dit soort situaties franchiseconstructies als voorbeeld van een niet-transparante bedrijfsconstructie die de ketenpartners kunnen beperken in het toezicht op professionele en integere bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

Met alleen het constateren hiervan is het signaal echter niet opgelost, zo beseffen wij. Ondanks de gezette stappen zien wij nog knelpunten. Het verbieden van specifieke constructies is complex. Daarom verzoeken wij u om met ons een verdere verkenning te doen om deze problematiek op te lossen. Hierbij vragen we specifieke aandacht voor de twee hieronder geschetste concrete signalen.

#### *Hoofdaannemer als factoringsbedrijf*

Met name in de sector wijkverpleging zien we in meldingen van vermoedelijke fraude dat er gebruik wordt gemaakt van onderaannemers. Een veel voorkomende constructie binnen deze zorgsector is een hoofdaannemer die eigenlijk functioneert als factoringsbedrijf: de onderaannemer draagt de facturatie van de zorg over aan de hoofdaannemer. Op de ingediende facturen staan vervolgens de gegevens van de hoofdaannemer, terwijl de onderaannemer alle zorg levert. In deze gevallen is de hoofdaannemer verantwoordelijk voor de juistheid van de declaraties. Door deze constructie worden onze controlemogelijkheden belemmerd en daarmee ook de aanpak van fouten en fraude. Aan de hand van de facturen is het namelijk niet mogelijk om te zien welke onderaannemer de zorg heeft verleend. Op deze manier blijft de onderaannemer buiten het zicht en dat is ook waar frauderende zorgbedrijven gebruik van kunnen maken.

Een bestaande beheersmaatregel is dat zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over het gebruik van onderaannemers door een hoofdaannemer, bijvoorbeeld door de hoofdaannemer verantwoordelijk te houden voor alle aspecten van de zorg. Ondanks dat is niet altijd duidelijk dat er sprake is van onderaannemerschap. Ook voor kwetsbare cliënten is dit een risico. Ook voor hen is niet helder wie nu aanspreekbaar is op bijvoorbeeld de kwaliteit van zorg. We vinden daarom deze manier van onderaannemerschap niet wenselijk en pleiten voor bijvoorbeeld een algemene plicht voor zorgaanbieders om te vermelden wie de zorg heeft verleend. Deze mogelijkheid verkennen we graag met u.

#### *AGB-Code*

In de vorige alinea is een constructie beschreven waarbij het toezicht kan worden belemmerd op bedrijfsniveau, maar dit gebeurt in sommige gevallen ook op persoonsniveau. Het zicht op wie de zorg heeft geleverd wordt soms vertroebeld door het gebruik van de AGB-code van een zorginstelling door meerdere zorgverleners. Elke zorgverlener/zorgaanbieder moet een AGB-code aanvragen, omdat de AGB-code binnen de zorgwereld wordt gebruikt als identificerende

**Directie Analyse  
Programmering en Strategie**  
Beleidsondersteuning

**Datum**  
21-12-2020

**Onze referentie**  
2020-0000177508

<sup>5</sup> ABRvS 24 juli 2019, 201801940/1/A2, ECLI:NL:RVS:2019:2529.

sleutel bij onder andere het indienen van declaraties. Bij het indienen van een declaratie dient dus ook een AGB-code ingevuld te worden.

Er zijn verschillende soorten AGB-codes, namelijk een persoonlijke AGB-code, een AGB-code voor een onderneming en een AGB-code voor een vestiging. Er ontbreekt wet- en regelgeving over het gebruik van deze verschillende soorten AGB-codes. Het is niet uniform geregeld welke code gebruikt dient te worden bij het indienen van een declaratie. Dit leidt tot onder meer tot de volgende situaties waarin onderzoek naar mogelijke fraude belemmerd kan worden:

- Als een zorginstelling meerdere zorgverleners in dienst heeft, kunnen alle declaraties ingediend worden via de AGB-code van de zorginstelling. Denk bijvoorbeeld aan een mondzorgaanbieder waaronder meerdere orthodontisten werkzaam zijn;
- Meerdere zorgverleners kunnen gebruik maken van de persoonlijke code van een zorgverlener. Denk bijvoorbeeld aan de doktersassistente die gebruik maakt van de code van de huisarts.

Op zorgnota's is dus niet altijd duidelijk te zien wie de zorg heeft geleverd. Dit vinden wij onwenselijk, omdat onrechtmatigheden (bijvoorbeeld te veel uren, afwijkende declaratiepatronen) op deze manier niet zichtbaar worden voor toezichthouders. Een mogelijke oplossing is om in bepaalde beroepsgroepen de weergave van de persoonlijke AGB-code van de uitvoerder van de behandeling op de factuur verplicht te stellen. Dit kan leiden tot administratieve lastenverzwaring, maar draagt bij aan onze onderzoeksmogelijkheden naar mogelijke fraude. Een eerste praktische stap in het realiseren van deze mogelijke oplossing vindt begin 2021 plaats. Dan gaat de NZa in gesprek met relevante betrokkenen om te bepalen of het opnemen van de AGB-code op de factuur (daar waar dat nu nog niet gebeurt) een wenselijke route is.

### **Wtza en opvolging VTO-Wmg**

Met de komst van de Wtza in 2022 worden nieuwe zorgaanbieders gestimuleerd om, voorafgaand aan de zorgverlening, de randvoorwaarden voor het leveren van goede zorg op orde te hebben. Voor een groot aantal zorgaanbieders<sup>6</sup> zal een meld-of vergunningplicht verplicht gesteld worden. Instellingen worden getoetst op een transparante en ordelijke bestuursstructuur en bedrijfsvoering én op aanwezige voorwaarden voor een goede kwaliteit van zorg. Wij willen dat door de toetreding tot de zorg streng(er) te reguleren, wordt voorkomen dat malafide ondernemingen of bestuurders (opnieuw) tot de zorgsector kunnen toetreden. Ook is het inefficiënt om problemen met schaarse toezichtmiddelen te moeten adresseren als eenmaal ongewenste partijen op de markt actief zijn. Hier geldt nadrukkelijk: voorkomen is beter dan genezen. Ook willen wij dat een stringente toets aan de voorkant toetreders met onvoldoende gedegen voorbereiding of kennis zal ontmoedigen.

<sup>6</sup> Voor alle zorg- en jeugdhulpaanbieders (inclusief onderaannemers) komt te gelden dat zij zich voorafgaand aan de zorgverlening moeten melden. Daarnaast dienen onbekende, bestaande aanbieders die nog niet in het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa) staan zich binnen een half jaar na de inwerkingtreding van de Wtza te melden. Ook moeten bepaalde categorieën zorginstellingen beschikken over een toelatingsvergunning: instellingen die medisch specialistische zorg verlenen of doen verlenen en instellingen die met meer dan tien zorgverleners zorg of een andere dienst als omschreven bij of krachtens de Wet langdurige zorg of de Zorgverzekeringswet verleent of doet verlenen. In de Wtza zijn gronden opgenomen die kunnen leiden tot een weigering van de toelatingsvergunning alsook, in voorkomende gevallen, de intrekking van een verleende toelatingsvergunning. Instellingen worden zodoende getoetst op een transparante en ordelijke bestuursstructuur en bedrijfsvoering én op aanwezige voorwaarden voor goede kwaliteit van zorg.

Echter verwachten wij dat veel van de problemen met de ontwerpregeling Wtza niet zullen worden voorkomen. Daarom achten wij het wenselijk dat de procedure voor toelating meer maatwerk bevat.

**Directie Analyse  
Programmering en Strategie**  
Beleidsondersteuning

Om van een potentiële zorgaanbieder te kunnen beoordelen of het aannemelijk is dat deze gaat voldoen aan artikel 35 Wmg (één van de weigeringsgronden in de Wtza), is een inhoudelijke beoordeling nodig in plaats van slechts ja/nee vragen, zeker als bij de aanbieder sprake is van meerdere risico-indicatoren. Specifiek willen wij daarbij de suggestie doen om bij bepaalde zorgsectoren met een hoog risico op onrechtmatige besteding van zorggeld, vanwege bijvoorbeeld een relatief groot aandeel ongecontracteerde zorg (zoals de wijkverpleging), de mogelijkheid te creëren om sectorspecifieke bescheiden op te vragen. Daarbij doen wij de aanbeveling om te voorzien in een wettelijke grondslag om informatie verstrekt door zorgaanbieders in het kader van de meld- en vergunningplicht, en de voornoemde bescheiden waar nodig te delen met de betrokken partijen, zodat de informatiepositie van deze partijen wordt versterkt. Deze informatie kan worden aangewend voor het risico-gestuurde toezicht en de uitvoering van andere (wettelijke) taken.

**Datum**  
21-12-2020

**Onze referentie**  
2020-0000177508

Voorts willen wij u erop attenderen dat bij de ondergrens van tien zorgverleners, zoals die nu wordt gehanteerd in de Wtza, een groot deel van de zorgaanbieders niet onder de vergunningsplicht gaat vallen. Specifiek zijn dit de groepen kleinere zorgaanbieders in met name sectoren als de wijkverpleging. Het onderzoek naar verlaging van deze grens voor bepaalde risicogroepen vinden wij dan ook een positieve ontwikkeling. Wij blijven hierover graag met u in gesprek.

Naast de Wtza zien ketenpartners mogelijkheden tot verbetering van de aanpak van fouten en fraude in het wetsvoorstel VTO Wmg. Op 13 mei 2019 is dit wetsvoorstel ingetrokken in de Eerste Kamer<sup>7</sup>. We zien echter nog steeds de noodzaak om de volgende verbeterpunten rondom de VTO Wmg onder uw aandacht te brengen:

- Verruiming van de mogelijkheden tot uitwisseling van informatie tussen toezichthouders;
- Mogelijkheid tot onderzoeken en handhaven door de NZa van zorg die helemaal niet geleverd is, maar wel in rekening is gebracht (zogenoeten 'spookzorg'). Daarbij ontstaat ook een extra mogelijkheid voor strafrechtelijke handhaving van spookzorg in de Wet marktordening gezondheidszorg, op grond van de Wet op de economische delicten (naast de huidige commune delicten);
- Zorgverzekeraars de mogelijkheid bieden om ook materiële controles uit te voeren bij ongecontracteerde zorgaanbieders. Dit betekent dat zorgaanbieders, die onderwerp worden van een detailcontrole, verplicht worden om indien nodig inzage te geven aan de zorgverzekeraar in medische dossiers van patiënten, ongeacht de vraag of er sprake is van een overeenkomst met de zorgverzekeraar.

De ketenpartners vinden de verbeterpunten zeer relevant. Graag vragen wij dan ook nogmaals uw aandacht hiervoor.

### **Rapport VNG - een wereld te winnen**

Graag willen we ook uw aandacht vragen voor het rapport 'een wereld te winnen' dat onlangs is uitgebracht door de VNG en voor een aanvullend signaal over het dubbele opzet vereiste in de Wmo 2015.

<sup>7</sup> Tweede Kamer, 2018-2019, 33980, nr. K.

Op 17 september 2020 heeft VNG Naleving het rapport over het onderzoek "een wereld te winnen" gepubliceerd. Het onderzoek heeft geresulteerd in een fenomeenstudie naar fraude op het terrein van de Wmo 2015 en de Jeugdwet.

Voor het eerst sinds de decentralisaties sociaal domein (2015) wordt in de volle breedte in beeld gebracht op welke manieren zorgaanbieders fraude plegen. De relatieve eenvoud waarop dat mogelijk is en gebeurt, is alarmerend te noemen. Zes fraudestrategieën en maar liefst 63 tactieken zijn gevonden en passeren de revue. Het rapport eindigt met 11 veelal concrete aanbevelingen aan het adres van gemeentebesturen, VNG en het Rijk.

Er valt in de aanpak van zorgfraude - zoveel is duidelijk - een wereld te winnen. De VNG pakt de aanbevelingen actief op en ondersteunt de gemeenten met concrete handvatten. Het ondersteuningsinstrumentarium is op een nieuwe, inzichtelijke en praktische wijze ontsloten.

Tegelijkertijd vraagt de VNG aandacht voor het aanscherpen van de wet- en regelgeving. Bijvoorbeeld het knelpunt rondom het "dubbele-opzet-vereiste", zoals opgenomen in artikel 2.4.1 van de Wmo 2015. Het is nu namelijk bij pgb-gefinancierde zorg lastig om geld dat bestemd is voor de zorg terug te vorderen bij een frauderende zorgaanbieder. In de huidige situatie dient namelijk als eerste bewezen te worden dat de cliënt opzettelijk onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt, waarna de zorgaanbieder ook nog eens opzettelijk daaraan moet hebben meegewerkt. Pas dan is het mogelijk om geld terug te vorderen bij de zorgaanbieder. Het dubbele opzet vereiste belemmert ons in de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

### **Covid-19 pandemie**

Tot slot willen we stilstaan bij de Covid-19 pandemie. Zoals we allen gemerkt hebben, is 2020 een bijzonder jaar. De Covid-19 pandemie heeft ook voor de ketenpartners gevolgen, bijvoorbeeld voor de manier waarop we controles en onderzoeken uitvoeren.

Van de zorgsector wordt ontzettend veel gevraagd. Niet alleen in de mate waarop een beroep is gedaan op de zorgprofessionals, maar ook voor wat betreft de maatschappelijke, financiële en vaak ook emotionele consequenties. Ketenpartners zijn onder de indruk van de inspanningen die binnen de zorgsector worden geleverd. Voor wat betreft het financiële aspect heeft dit ertoe geleid dat het kabinet financiële steunmaatregelen heeft getroffen. Naast de steunmaatregelen die voor alle sectoren gelden (onder meer NOW en TOZO) zijn specifieke maatregelen voor de zorg getroffen, zoals de continuïteitsbijdragen.

De steunmaatregelen zijn op relatief korte termijn tot stand gebracht. Wat betreft de zorgsector hebben de steunmaatregelen een deel van de omzetsderving van zorgaanbieders en pgb-houders financieel gecompenseerd. Hierbij heeft het belang van toegankelijkheid en continuïteit van zorg voorop gestaan. Daarom attenderen we u erop dat er mogelijke beperkingen zijn voor de mate waarin wij het rechtmatige gebruik van de regelingen kunnen controleren en handhaven.

**Directie Analyse  
Programmering en Strategie**  
Beleidsondersteuning

**Datum**  
21-12-2020

**Onze referentie**  
2020-0000177508

**Datum**  
21-12-2020

**Onze referentie**  
2020-0000177508

***Afsluitend***

Ter afsluiting merken wij op dat voor de aanpak van fouten en fraude samenwerking met uw ministerie nuttig en noodzakelijk is. Dit geldt vooral voor de knelpunten die wij vanuit de keten niet alleen kunnen oplossen. Zoals in de inleiding reeds opgemerkt, vragen we uw aandacht voor de nieuwe signalen, maar ook voor de signalen van de afgelopen jaren. We vragen u om samen met ons de geconstateerde knelpunten op te lossen. Uiteraard zijn we bereid om mee te denken over de mogelijkheden hiervoor.

Mede namens de ketenpartners die betrokken zijn bij de aanpak van fouten en fraude in de zorg.

Hoogachtend,

mw. dr. M.J. Kaljouw  
*voorzitter Raad van Bestuur  
Nederlandse Zorgautoriteit*

hr. mr. M.J. Kuipers  
*inspecteur-generaal  
Sociale Zaken en Werkgelegenheid*