

Fenomeenonderzoek PGB-fraude in Nederland

**Een onderzoek naar frauderisico's in de PGB-regelgeving per
1 januari 2012, uitgevoerd door de FIOD, het FP en de
Inspectie SZW**

Datum 24 augustus 2012

Auteurs M.C. Smit MSc (senior onderzoeker, Inspectie SZW)
A.P. van der Werf MSc (criminaliteitsanalist, Inspectie SZW)

Inhoud

Afkortingenlijst—3

Begrippenlijst—4

Inleiding—5

1 Methoden—7

- 1.1 Doelstelling—7
- 1.2 Werkwijze—7
- 1.3 Deelnemende partijen—7

2 Het PGB—9

- 2.1 De PGB-regeling—9
- 2.2 Wijzigingen per 1 januari 2012—9
- 2.3 Het PGB-proces—11

3 Dossieranalyse—13

- 3.1 Inleiding—13
- 3.2 Modus Operandi—13
- 3.3 MO's in combinatie met andere fraude—18
- 3.4 Overige bevindingen—19

4 ISMA model—21

- 4.1 Inleiding—21
- 4.2 Uitleg ISMA model—21

5 Risico's—23

- 5.1 Interne norm en sociale norm (omstandigheden)—23
 - 5.1.1 Grootte van het budget—23
 - 5.1.2 Doelgroep—23
 - 5.1.3 Omgeving—24
- 5.2 Mogelijkheden—25
 - 5.2.1 Ruime begrippen—25
 - 5.2.2 Bemiddelingsbureaus—25
 - 5.2.3 Zorgplan—26
 - 5.2.4 Verblijfsindicatie—26
 - 5.2.5 Aparte bankrekening—26
 - 5.2.6 Wmo—27
 - 5.2.7 ZIN - verschuiving—27
 - 5.2.8 ZIN - onderaanneming—28
 - 5.2.9 VPZ—28
- 5.3 Afschrikking (toezicht)—29
 - 5.3.1 Capaciteit zorgkantoren—29
 - 5.3.2 Handhaving zorgkantoren—29
 - 5.3.3 Toezicht zorgkantoren—30
 - 5.3.4 Gegevensuitwisseling—30
 - 5.3.5 Koppeling Belastingdienst—31
 - 5.3.6 CIZ - capaciteit—31
 - 5.3.7 CIZ - (her)indicaties—32
 - 5.3.8 CIZ - medische gegevens—32

6 Conclusie—33

Afkortingenlijst

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BD	Belastingdienst
BIG	(wet) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BJZ	Bureau Jeugdzorg
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
FIOD	Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst
FP	Functioneel Parket
Inspectie SZW	Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid ¹
ISMA	Interne norm, Sociale norm, Mogelijkheden en Afschrikking
MO	Modus Operandi
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
PGB	Persoonsgebonden Budget
SVB	Sociale Verzekeringsbank
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
VPZ	Vergoedingsregeling Persoonlijke Zorg
VvV	Verbond van Verzekeraars
VWS	Volksgesondheid, Welzijn en Sport
WIA	wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WWB	Wet Werk en Bijstand
ZIN	Zorg in Natura
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

¹ Per 1 januari 2012 zijn de Sociale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (SIOD), de Arbeidsinspectie en de Inspectie Werk en Inkomen samengevoegd tot de Inspectie SZW. Wanneer in dit rapport wordt gesproken van 'Inspectie SZW' wordt daarmee tevens de voormalige SIOD bedoeld.

Begrippenlijst

- Budgethouder** Persoon die op basis van een zorgindicatie een PGB ontvangt vanuit de AWBZ of Wmo. De budgethouder sluit zorgovereenkomsten met zorgverleners en legt hierover verantwoording af.
- Zorgbureau** Bureau dat zorg verleent aan de budgethouder.
- Zorgkantoor** Instelling die verantwoordelijk is voor de uitvoering van de AWBZ. Het zorgkantoor is verantwoordelijk voor het uitkeren van het PGB aan de cliënt en controleert de verantwoording van het budget.
- Zorginstelling** Instelling die zorg verleent aan personen die op basis van een zorgindicatie ZIN ontvangen.

Inleiding

Fraude met PGB's leidt tot benadeling van de overheid en zorgbehoeftigen. Fraude (en oneigenlijk gebruik) is onder andere mogelijk door hiaten in de regelgeving, gebrekkige controle/gebrekkig toezicht en afwezigheid van sanctionering. Medewerkers van zorgbemiddelingsbureaus, zorgverleners, artsen en/of budgethouders kunnen bij de fraude betrokken zijn. Het is echter van groot maatschappelijk en economisch belang dat gelden bestemd voor (gezondheids)zorg ook rechtmatig daaraan worden besteed en dat zorg door daartoe opgeleid personeel wordt uitgevoerd.

In de periode 2005-2008 is het aantal budgethouders met 28% per jaar gegroeid². Ook daarna bleef het aantal stijgen en halverwege 2010 is de toekenning van PGB's vanuit de AWBZ stopgezet, omdat het budget (ruim 2,1 miljard) 'fors' was overschreden. Op dat moment hadden meer dan 120.000 personen een PGB. Vanaf de stopzetting zijn (bijna) geen aanvragen meer ingediend voor dat jaar, wat opmerkelijk is gezien de groeiende zorgvraag in het eerste half jaar. Door Sadiraj e.a.¹ wordt de vraagstimulerende werking van de PGB-regeling als oorzaak voor de groei van het aantal budgethouders genoemd. Een aantal budgethouders zou voor de komst van het PGB geen zorg nodig hebben gehad of in ieder geval geen zorg (in natura) hebben aangevraagd. Ook blijkt uit het onderzoek van Sadiraj e.a. dat de PGB's in Nederland hoge bedragen zijn in verhouding tot andere landen wat de vraag ernaar kan vergroten. Om het totaal uit te keren budget te verlagen en fraude tegen te gaan, stelt het kabinet per 1 januari 2012 een aantal nieuwe voorwaarden aan het aanvragen van een PGB³. Deze voorwaarden zijn in hoofdstuk 2 uiteengezet.

Uit cijfers van ZN van februari 2011 blijkt dat het aantal door zorgkantoren onderzochte fraudemeldingen m.b.t. PGB is gegroeid de afgelopen jaren. In de jaren 2008 t/m 2010 zijn in 103 van de 480 onderzochte meldingen fraude vastgesteld. In 2009 is een piek te zien in het aandeel bemiddelingsbureaus dat fraudeert, terwijl in 2010 het aandeel frauderende zorgverleners het grootst is. Het lijkt erop, op basis van gegevens van begin 2011, dat het totaal vastgestelde fraudebedrag in 2011 vele malen groter is dan in de voorgaande jaren. Het ministerie van VWS heeft een aantal maatregelen getroffen om fraude met het PGB tegen te gaan⁴, welke in hoofdstuk 2 staan opgesomd.

Vanuit de opsporing is gesignaleerd dat de mogelijke fraudeconstructies met het PGB talrijk zijn. Het wederrechtelijk verkregen voordeel kan oplopen tot enkele (tientallen) miljoenen euro's, met name wanneer een combinatie met andere

² Sadiraj, K., Oudijk, D., Kempen, H. van & Stevens, J. (2011). *De opmars van het PGB. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

³ Zie: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/persoonsgebonden-budget-pgb/veranderingen-in-het-persoonsgebonden-budget>

⁴ Ministerie van VWS (2011). *Inventarisatie maatregelen aanpak PGB-fraude*.

criminele activiteiten (uitkeringsfraude, illegale tewerkstelling, etc.) plaatsvindt. De vraag is in hoeverre de PGB-fraude door de strengere voorwaarden en ingevoerde maatregelen wordt voorkomen dan wel bestreden. In opdracht van het FP is daarom besloten om in samenwerking met de FIOD en de Inspectie SZW een fenomeenonderzoek op het gebied van PGB-fraude te verrichten om alle mogelijke fraudeconstructies te achterhalen en de verscherpte regelgeving te toetsen op fraudegevoelige aspecten. Het uiteindelijke doel is om deze fraudegevoelige aspecten te signaleren richting het ministerie van VWS en de andere betrokken organisaties in het PGB-proces.

De methoden die hiervoor zijn gebruikt, zijn in hoofdstuk 1 uiteengezet. Hoofdstuk 2 beschrijft wat de voorgenomen wetswijzigingen en maatregelen voor 2012 zijn. Op basis van dossieranalyse zijn de fraudeconstructies en de MO's van de verdachten in beeld gebracht over de jaren 2009-2011 (hoofdstuk 3). Daarnaast zijn frauderisico's in de nieuwe regelgeving benoemd aan de hand van het ISMA model. De resultaten hiervan zijn beschreven in hoofdstuk 4 en in hoofdstuk 5 worden aanbevelingen gedaan om fraude met het PGB te kunnen voorkomen dan wel bestrijden. Hoofdstuk 6 bevat de belangrijkste conclusies van het onderzoek.

Het onderzoek dat ten grondslag ligt aan dit rapport is afgerond in februari 2012. Het rapport houdt derhalve geen rekening met een aantal nieuwe en/of gewijzigde PGB-plannen die bekend werden na afronding van het onderzoek en die vanaf 1 januari 2013 zullen ingaan.

1 Methoden

1.1 Doelstelling

Het doel is om zicht te krijgen op de mogelijke fraudeconstructies met het PGB vanuit de AWBZ en alle frauderisico's in de verscherpte PGB-regelgeving per 1 januari 2012.

1.2 Werkwijze

Het onderzoek richt zich specifiek op fraude met PGB vanuit de AWBZ. Wanneer binnen een zaak ook sprake blijkt van fraude met ZIN of PGB vanuit de Wmo, wordt deze ook meegenomen.

Om de genoemde doelstelling te bereiken, zijn allereerst afgeronde en lopende opsporingsonderzoeken bij de Inspectie SZW, FIOD en de politie m.b.t. fraude met PGB's in de periode 2009-2011 geanalyseerd. In totaal zijn 31 zaken en meldingen bestudeerd. Dit zijn alle meldingen en zaken die konden worden verzameld en waarvan duidelijk is dat PGB-fraude (vanuit de AWBZ) een rol speelde. Het betreft zes afgeronde onderzoeken, dertien onderzoeken in de preweefase, vier afgebroken onderzoeken en acht meldingen. Wellicht is een aantal zaken niet meegenomen in dit onderzoek omdat bijvoorbeeld het 'stempel' PGB-fraude ontbrak, maar gestreefd is naar volledigheid. Duidelijke afspraken zijn gemaakt over de wijze van analyseren van de dossiers zodat de uitkomsten met elkaar te vergelijken zijn. Hiertoe is een checklist samengesteld zodat de voorkomende fraudeconstructies en MO's zo eenduidig en volledig mogelijk konden worden beschreven.

Om een volledig beeld te geven van alle mogelijke frauderisico's zijn daarnaast de nieuwe regelgeving en genomen maatregelen onder de loep genomen op basis van het ISMA-model⁵. Daarvoor zijn interviews gehouden met betrokken partijen om de normen en mogelijkheden ten aanzien van PGB-fraude te achterhalen.

In de conclusie wordt ingegaan op de vraag of de beschreven fraudeconstructies met de nieuwe regelgeving en maatregelen nog mogelijk zijn. Daarnaast worden conclusies gedaan op basis van de benoemde frauderisico's met betrekking tot het PGB per 1 januari 2012.

1.3 Deelnemende partijen

In dit onderzoek is samengewerkt tussen de FIOD, Inspectie en het FP. Een onderzoeker en analist van de Inspectie SZW hebben de afgeronde en lopende zaken van de Inspectie geanalyseerd. Een analist van de FIOD heeft zich beziggehouden met het analyseren van de afgeronde en lopende zaken van de FIOD. Een medewerker van het FP heeft zich beziggehouden met de analyse van de

zaken van de politie. Het toetsen van de nieuwe regelgeving aan de hand van het ISMA-model is door de Inspectie SZW gedaan.

⁵ Dit model verklaart hoe fraude/de neiging tot regelovertreding ontstaat. De relevante factoren zijn volgens dit model: Interne norm, Sociale norm, Mogelijkheden en Afschrikking.

2 Het PGB

2.1 De PGB-regeling

De PGB-regeling is een AWBZ-brede regeling en is een alternatief voor zorg in natura (ZIN). Om in aanmerking te komen voor een PGB AWBZ moet sprake zijn van een van de volgende grondslagen:

- somatiek
- psychogeriatric
- psychiatrie
- verstandelijke handicap
- lichamelijke handicap
- zintuiglijke handicap

Het doel van het PGB is om mensen een grote keuzevrijheid te bieden om de zorg in te richten zoals zij dat willen. Het gaat bij PGB vanuit de AWBZ om de functies persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding en tijdelijk verblijf. Tot 1 januari 2007 viel ook 'huishoudelijke verzorging' onder de AWBZ, maar sinds die datum valt deze zorgvorm onder gemeentelijke bevoegdheid (PGB-Wmo). Vanaf 2013 (overgangsjaar) valt ook 'begeleiding' onder de Wmo en dus onder de verantwoordelijkheid van de individuele gemeenten.

2.2 Wijzigingen per 1 januari 2012

Het kabinet stelt vanaf 1 januari 2012 een aantal nieuwe voorwaarden voor het PGB (vanuit de AWBZ):

- Alleen mensen met een 'verblijfsindicatie' (voor verblijf in een instelling) kunnen nog aanspraak maken op een persoonsgebonden budget. Voor deze budgethouders wordt het PGB met 5% verhoogd. Naar alle waarschijnlijkheid wordt deze wijziging teruggedraaid, maar de datum waarop dit gebeurt is nog niet bekend;
- Om fraude met het PGB tegen te gaan moeten alle budgethouders met een indicatie voor verblijfverplicht een aparte bankrekening gebruiken voor de PGB-administratie. Alle betalingen aan zorgverleners mogen uitsluitend nog via de bank plaatsvinden;
- Nieuwe budgethouders moeten een zorgplan overleggen aan het zorgkantoor waarin ze aangeven hoe zij hun PGB willen inzetten;
- Nieuwe budgethouders kunnen het geld uit hun PGB niet meer besteden aan bemiddeling. Bestaande budgethouders mogen dat nog wel, als het bemiddelingsbureau beschikt over een keurmerk⁶.

⁶ Dit keurmerk is ontwikkeld door Per Saldo, de vereniging voor budgethouders, en het Keurmerkinstituut.

Naast bovengenoemde verscherpte voorwaarden is door het ministerie van VWS een aantal maatregelen⁷ getroffen om fraude met het PGB terug te dringen:

- Betrokken partijen in de keten, zoals CVZ, CIZ, Zorgkantoren en Per Saldo, stemmen hun voorlichtingsinformatie op elkaar af;
- Indien een cliënt geen heldere keuze heeft gemaakt voor PGB of ZIN, biedt het zorgkantoor actief ondersteuning bij het maken van die keuze;
- Er wordt een 'budgetovereenkomst' ontworpen. Dit houdt in dat op het aanvraagformulier de rechten en plichten van de budgethouder zijn benoemd. De budgethouder dient dit aanvraagformulier te ondertekenen, zodat er vanuit gegaan kan worden dat de budgethouder op de hoogte is van zijn/haar rechten en plichten t.a.v. het PGB en terecht voor PGB (i.p.v. ZIN) heeft gekozen. Onderdeel van deze 'budgetovereenkomst' is het eerder genoemde zorgplan;
- Zorgkantoren begeleiden en controleren nieuwe budgethouders de eerste zes maanden intensief. Het zorgplan kan hierbij behulpzaam zijn;
- Het CIZ identificeert risicogroepen die bij een aanvraag middels *face-to-face* contact worden geïndiceerd (in plaats van via schriftelijk dan wel telefonisch contact). De risicoprofielen worden momenteel nog nader uitgewerkt;
- Momenteel wordt een verkenning uitgevoerd naar een eventueel (weer) in te voeren 'trekkingsrecht'. Dit houdt in dat het budget niet meer op de rekening van de budgethouder wordt gestort, maar dat het budget wordt ondergebracht bij een instantie, bijvoorbeeld de SVB. De budgethouder houdt de regie over zijn/haar budget, maar het verantwoorden van de besteding van het PGB is niet meer nodig. De budgethouder geeft de betreffende instantie de opdracht om salaris uit te betalen aan hen die zorg hebben verleend en waarmee hij/zij een zorgovereenkomst heeft gesloten;
- Zorgkantoren voeren het controleprotocol, opgesteld door CVZ, uit en zorgen voor een volledige en juiste registratie van de gegevens die via de verantwoordingsformulieren door hen worden ontvangen;
- Het CIZ en de zorgkantoren moeten verplicht eventueel betrokken bemiddelingsbureaus registreren. Dit geldt dus enkel nog voor de bestaande budgethouders;
- Het plan is dat per 1 januari 2014 het PGB wettelijk wordt verankerd. Vanaf dat moment hebben enkel nog personen met een "verblijfsindicatie" een PGB, dus ook de reeds bestaande budgethouders. Het streven is om in die wet dan tevens een boetebepaling op te nemen;
- Er is een casusoverleg ingesteld waarin de betrokken ketenpartners, onder voorzitterschap van het Ministerie van VWS, informatie kunnen delen omtrent (de opvolging van) signalen en vermoedens van fraude.

Om personen tegemoet te komen die per 1 januari 2012 volgens bovenstaande voorwaarden geen recht meer hebben op een PGB maar voor wie tevens geen 'adequaat zorgaanbod in natura' beschikbaar is, wordt de Vergoedingsregeling

⁷ De planning is dat deze maatregelen uiterlijk op 1 januari 2012 van kracht gaan.

Persoonlijke Zorg (VPZ) ingevoerd op 1 januari 2012. Deze regeling is met name bedoeld voor personen met een complexe, flexibele zorg vraag. De voorwaarden die gelden voor deze vergoedingsregeling, zijn:

- Complexe zorgvraag van minimaal 10 uur per week;
- Zorg in natura, tenzij...: er moet geen passend ZIN-aanbod aanwezig zijn;
- Aanwezigheid van een volledig ingevuld zorgplan;
- Toets door zorgkantoor waaruit blijkt dat de zorg in het zorgplan tot de verzekerde zorg behoort;
- Toets door zorgkantoor of *alle* in het zorgplan genoemde zorgaanbieders door het zorgkantoor zijn gecontracteerd. De VPZ wordt alleen toegekend als alle zorgaanbieders in het zorgplan niet door het zorgkantoor zijn gecontracteerd.

2.3 Het PGB-proces

Het proces van aanvraag PGB tot verantwoording (PGB-AWBZ) ziet er in hoofdlijnen als volgt uit:

1. De verzekerde vraagt een indicatie aan bij het CIZ of BJZ;
2. Het CIZ of BJZ stelt vast hoeveel zorg de verzekerde nodig heeft. Bij de indicatie wordt eerst vastgesteld op welke zorgfunctie(s) aanspraak bestaat, waarna de zorgklasse wordt vastgesteld. Bij een zorgklasse gaat het om een aantal uren zorg per week binnen een bandbreedte van enkele uren, bijvoorbeeld tussen 7 en 9,9 uur;
3. Bij de indicatie kan de verzekerde kenbaar maken of hij kiest voor ZIN of voor een PGB, dat kan ook later in het proces;
4. Het zorgkantoor maakt een financiële vertaalslag van het indicatiebesluit waarbij eventueel een eigen bijdrage in mindering wordt gebracht. 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. De budgethouder dient het verantwoordingsformulier per jaar of halfjaar (afhankelijk van de hoogte van het budget) getekend naar het zorgkantoor te zenden;
7. Het zorgkantoor controleert alle verantwoordingsformulieren en voert steekproefsgewijs voor minimaal 5 procent van het aantal budgethouders intensieve 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.
8. Indien een zorgkantoor misbruik van het PGB constateert, kan het zorgkantoor besluiten het budget (tijdelijk) stop te zetten en (deels) terug te vorderen.

Voor het PGB-Wmo ziet het proces er anders uit. Een gemeente is binnen een aantal randvoorwaarden vrij om de uitvoering en het bijbehorende toezicht naar eigen

inzicht vorm te geven. In de Wmo is geen sprake van een indicatie, maar wordt op basis van een gesprek een beschikking afgegeven voor een individuele voorziening. Gemeenten kunnen het voeren van deze gesprekken uitbesteden aan een externe partij; dat kan het CIZ zijn. Gemeenten zijn op basis van de Wmo niet gehouden om alleen een pgb te verstrekken in het geval er een beschikking is afgegeven.

3 Dossieranalyse

3.1 Inleiding

De uit de dossieranalyse naar voren komende mogelijkheden waardoor en manieren waarop gefraudeerd kan worden, zijn in dit hoofdstuk zo volledig mogelijk uiteengezet. In vier van de 31 onderzochte dossiers ging het naast PGB vanuit de AWBZ ook om PGB vanuit de Wmo. Door het grote aantal zaken dat nog niet is afgerond kan dit aantal uiteindelijk hoger uitvallen. Op basis van de bestudeerde dossiers is een aantal fraudeconstructies te onderscheiden dat hieronder wordt beschreven. Tot slot wordt nog een aantal opvallende overkoepelende bevindingen opgesomd.

3.2 Modus Operandi

Frauderende zorgbureaus

In deze constructie verleent een zorgbureau zorg aan de budgethouders, maar regelt daarnaast eventueel ook de aanvraag van het PGB en/of bemiddelt tussen budgethouder en zorgverlener(s) en/of voert het beheer over het budget en/of de administratie (legt verantwoording af).

Een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen de gevallen waarin de budgethouders ten onrechte en op valse gronden een indicatie hebben aangevraagd en gekregen en de gevallen waarin zij terecht een indicatie hebben ontvangen en de fraude pas begint bij de aanvraag van het PGB of het (bemiddelen bij het) verlenen van zorg.

De aanvraag voor het PGB gebeurt in ongeveer de helft van de gevallen door de (aanstaande) budgethouders en in de andere helft van de gevallen door het zorgbureau. Indien de aanvraag wordt gedaan door het zorgbureau is de budgethouder soms niet eens op de hoogte van het feit dat de aanvraag wordt gedaan. Meestal is de budgethouder echter wel op de hoogte van de aanvraag, maar is de regie al vóór de aanvraag uit handen gegeven aan het zorgbureau.

De nieuwe budgethouders melden zich (indien de aanvraag voor het PGB door henzelf is gedaan) op eigen initiatief bij de malafide zorgbureaus, bijvoorbeeld via mond-tot-mond reclame, of de verdachten werven actief (potentiële) budgethouders, bijvoorbeeld in ziekenhuizen, verzorgingshuizen of moskeeën.

Op veel verschillende manieren wordt door het zorgbureau wederrechtelijk verkregen voordeel genoten. Indien het zorgbureau gemachtigd is voor de rekening van de budgethouder (al dan niet op basis van valse handtekeningen), dan kan deze hiervan contant geld opnemen of overboekingen doen naar zichzelf (de eigenaar) of derden. Deze derden kunnen zogenaamde zorgverleners zijn die feitelijk geen zorg verlenen of bijvoorbeeld familieleden in het buitenland. Het budget kan ook rechtstreeks zijn gestort door het zorgkantoor op de rekening van het zorgbureau. Per 1 juli 2009 was dit niet meer toegestaan en is vaak een nieuwe rekening geopend door de budgethouders – eventueel op aandringen van de verdachten –

waarna het bankpasje en de pincode is afgegeven. Ook kwam het voor dat het bedrag weliswaar op rekening van de budgethouder werd gestort, maar dat deze het volledige bedrag – op basis van vertrouwen – overboekte op rekening van het zorgbureau. De budgethouders kunnen ook financieel gewin van de fraudeconstructie hebben, meestal in de vorm van vliegtickets naar hun land van herkomst of een vakantiebestemming. Of zij op de hoogte zijn van het feit dat dit van hun eigen budget (recht op meer/betere zorg) af gaat, is niet altijd duidelijk.

Doordat de administratie en het beheer van het budget (de rekening/pinpas) vaak volledig of in ieder geval gedeeltelijk in handen is van de verdachten, heeft de budgethouder geen zicht op de hoogte van het toegekende budget (want geen zicht op de eigen rekening) en het aantal gedeclareerde uren (want de administratie en de urenverantwoording is in handen van de verdachten). Hierdoor is de budgethouder niet op de hoogte van het feit dat hij/zij recht heeft op meer uren zorg dan wel duurdere/betere zorg. Dit geeft de verdachten alle ruimte om de frequentie en vorm van de zorgverlening te bepalen. De declaratieformulieren worden niet ingevuld aan de hand van het aantal verleende uren zorg, maar aan de hand van de hoogte van het toegekende budget. Het budget wordt dan ook in veel gevallen volledig (tot achter de komma) verantwoord. Indien de budgetten niet volledig zijn verantwoord, zijn tevens geen bedragen terugbetaald aan het zorgkantoor.

Vertrouwen speelt een belangrijke rol in deze fraudeconstructie. De budgethouders vertrouwen vaak blindelings op de verdachten – en zijn daarnaast vaak zelf niet in staat een goede administratie te voeren en/of goed op de hoogte van de rechten en plichten van het PGB –, waardoor zij relatief makkelijk het beheer van het budget uit handen geven. In meerdere zaken bijvoorbeeld staat de verdachte bekend als imam binnen de (Turkse) gemeenschap waardoor hij veel vertrouwen geniet van de budgethouders (op basis waarvan volmachten/machtigingen worden afgegeven en/of pinpassen en pincodes worden afgegeven door de budgethouders).

'Medeplichtigheid' budgethouders

De budgethouders worden op basis van vertrouwen geworven – de verdachte doet zich voor als arts – en de budgethouders worden vermoedelijk bewust 'medeplichtig' gemaakt van de fraude. De budgethouders wordt in het begin een envelop met geld overhandigd – veelal het verantwoordingsvrije bedrag van het PGB – waardoor de budgethouder op de hoogte is van het feit dat blijkbaar niet het gehele budget aan zorg werd besteed. Vervolgens kunnen de budgethouders op basis van deze 'medeplichtigheid' gedwongen worden (chantage) om valse overeenkomsten en declaratieformulieren te tekenen. Daarnaast valt een van de verdachten regelmatig uit tegen de budgethouders en worden zij vervolgens voor één of twee weken uitgesloten van zorg. Een andere verdachte maakt het vervolgens weer goed met de budgethouders. Ook zou door de verdachten zijn gedreigd, bijvoorbeeld met het inschakelen van een advocaat.

Binnen deze fraudeconstructie wordt, in het kort, op de volgende manieren gefraudeerd:

- Handtekeningen op verantwoordings- of wijzigingsformulieren worden vervalst, bijvoorbeeld door het te kopiëren van een ander formulier;
- Door middel van valse handtekeningen worden soms aanvragen voor een (verlenging van het) PGB gedaan zonder dat de budgethouder hiervan op de hoogte was;
- Op basis van valse handtekeningen kunnen ook machtigingen voor rekeningen worden verkregen door de verdachten;
- Door de budgethouders worden (op basis van vertrouwen) blanco verantwoordingsformulieren ondertekend;
- Meer uren zorg worden gedeclareerd dan verleend. Het aantal gedeclareerde uren per zorgverlener is soms zo hoog, dat één zorgverlener onmogelijk zoveel uren per dag, week of jaar kan hebben verleend;
- Er wordt goedkopere zorg (vb. thuiszorg) verleend terwijl duurdere zorg wordt gedeclareerd (vb. verpleging/verzorging). Ook werd verleende zorg die niet onder de AWBZ-zorg valt, zoals pedicure, gedeclareerd als zijnde AWBZ-zorg;
- Het zorgbureau en/of de budgethouders kunnen uren blijven verantwoorden nadat de budgethouder is verhuisd of zelfs is overleden. Het budget blijft bijvoorbeeld door een familielid van de overleden budgethouder op rekening van het zorgbureau worden gestort.

Uitwonend kind met PGB

Naast doorbetalen na overlijden of verhuizen, zijn nog andere gevallen bekend waarbij men PGB onterecht blijft verstrekken. Een moeder ontvangt PGB voor haar kind. Op een gegeven moment gaat het kind – om uiteenlopende redenen – bij een ander familielid of bij een kennis wonen. Dit familielid of die kennis wil vervolgens een PGB aanvragen, maar krijgt deze niet omdat de moeder al een PGB ontvangt. Het zelfde kan voorkomen bij het aanvragen van een indicatie, waarvan nog niet bekend is dat deze al is aangevraagd door de moeder. Op deze manier kan de moeder jarenlang onterecht een PGB ontvangen voor een kind dat niet (meer) bij haar woont.

De frauderende zorgbureaus zijn veelal eenmanszaken, stichtingen of BV's. Uit het dossieronderzoek komen faciliteerders of andere betrokkenen naar voren die vanuit hun "normale" professie aan de fraude bijdragen, bijvoorbeeld als maatschappelijk werker voor het werven van nieuwe budgethouders of als boekhouder voor de (onjuiste) urenverantwoording.

Strippenkaart

Een variant op bovengenoemde fraudeconstructie is de volgende: door de frauderende ondernemingen wordt gewerkt met een strippenkaart. Budgethouders "kopen" bij de verdachten een strippenkaart ter hoogte van hun toegekende PGB, ongeacht het aantal te leveren uren zorg. Vervolgens wordt door de verdachten een valse urenverantwoording opgemaakt. Indien nog niet het hele budget aan zorg is besteed aan het einde van het jaar, wordt dit niet teruggestort naar het zorgkantoor en wordt het gehele budget verantwoord. Er wordt geld overgeheveld naar het volgende jaar, er wordt geschoven met budgetten tussen verschillende budgethouders of er wordt andere zorg verantwoord dan geleverd. De geleverde zorg is niet altijd AWBZ-zorg. Reistijd werd o.a. ook (deels) als zorguren verantwoord. De (ouders van de) budgethouders waren op de hoogte van de vreemde gang van zaken, maar het is niet bekend of zij ook weten dat deze werkwijze strafbaar is. Het gebruik van een strippenkaart maakt het voor de budgethouders minder transparant waaraan het geld is besteed. Het frauderende zorgbureau heeft de "garantie" dat alle budgetten volledig worden gestort, ongeacht waar het aan besteed wordt.

Frauderende artsen

De tweede fraudeconstructie vindt doorgaans plaats in georganiseerd verband en is met name gericht op de indicatiestelling. Psychiaters of andere artsen, bijvoorbeeld huisartsen, stellen valse diagnoses op, op basis waarvan de budgethouders vervolgens ten onrechte een PGB of ZIN aanvragen en ontvangen. Veelvoorkomende klachten zijn van psychische aard zijn, wat de controle op de juistheid van de gestelde diagnose bemoeilijkt. Ook het verdere verloop van het proces (van aanvraag tot verantwoording) kan in handen zijn van de verdachte(n). De op de verantwoordingsformulieren opgegeven namen van zorgverleners blijken niet te bestaan of geen zorg te hebben verleend. De frauderende artsen houden zich mogelijk ook bezig met ondernemingen die zorg verlenen (zorgbureaus).

Het initiatief komt vanuit de budgethouders of de verdachten werven actief potentiële 'patiënten' (zogenaamde ronselaars). Op basis van de valse diagnoses krijgen de budgethouders vervolgens onterecht een PGB, waarvan zij een bepaald bedrag af moeten staan aan de verdachte artsen en hun 'handlangers'. Zowel de verdachten als de budgethouders genieten dus financieel voordeel van deze constructie en zijn vaak beiden op de hoogte van de fraude. De aanvraag voor een PGB wordt in deze constructie waarschijnlijk gedaan door de 'patiënten'. Voor zover bekend staan de frauderende artsen wel ingeschreven in het BIG register. Door hun beroep is sprake van een beroepsgeheim (verschoningsrecht). Het nadeel kan hier enorm oplopen omdat vaak een samenloop ontstaat van meerdere uitkeringen die voor langere tijd onterecht worden verkregen.

Valse diagnoses

Een duidelijk patroon kan worden ontdekt in de (onterecht) gestelde diagnoses door een psychiater. Opname in een instelling wordt in casu door de frauderende arts afgeraden vanwege 'cultuurverschillen'. De 'patiënten' hebben nauwelijks of geen medische voorgeschiedenis. Ook komt de verstrekte medicatie niet overeen met de indicaties. De medicatie is te hoog en deze wordt niet gebruikt door de 'patiënt'. Deze medicatie kan bijvoorbeeld met winst worden doorverkocht. Ook kan bij de huisarts een beroep worden gedaan op het 'taalprobleem' waardoor wordt aangestuurd op doorverwijzing naar die specifieke psychiater.

Frauderende budgethouders

Bij fraude door individuele budgethouders is vaak sprake van een 'glijdende schaal'. Een bonnetje ontbreekt in de verantwoording maar dat deel van het budget hoeft niet te worden terugbetaald. Of in plaats van de gedeclareerde zorg wordt andere zorg geleverd, maar dit wordt niet ontdekt. Dit begint wellicht onbewust maar kan zich steeds verder uitbreiden, omdat de pakkans gering blijkt te zijn.

Ook komt het voor dat twee personen beiden PGB ontvangen en tevens (op papier) elkaars zorgverlener zijn, terwijl (een van) die budgethouders feitelijk niet in staat is zorg te verlenen voor de ander. Beide budgethouders hebben van deze constructie financieel voordeel.

In dit onderzoek zijn echter weinig zaken meegenomen waarin individuele budgethouders frauderen, omdat deze zaken niet worden opgepakt door de opsporende instanties. Indien soortgelijke fraude blijkt, zal het budget worden stopgezet door de zorgkantoren.

De verdachte eigenaar van een zorgbureau kan ook daarnaast zelf een PGB ontvangen. Dit is weliswaar toegestaan, maar er kan sprake zijn van oneigenlijk gebruik of fraude.

Frauderende zorginstellingen

In het geval dat zorg wordt verleend binnen een instelling (ZIN) is het wederrechtelijk verkregen voordeel niet altijd voor eigen gewin maar voor de zorginstelling. De situaties van de cliënten wordt ernstiger omschreven voor de aanvragen bij het CIZ, zodat meer geld wordt ontvangen door de instelling voor de zorg voor de cliënten. De instelling vindt dat het hier gewoonweg recht op heeft en dat het geld anders niet toereikend is voor de zorg.

3.3 MO's in combinatie met andere fraude

SVB fraude

Indien een zorgverlener zich (onterecht) ziek meldt dan ontvangt hij/zij ziekingeld van de SVB. De budgethouder schakelt geen vervangende zorgverlener in, maar verantwoordt wel het (volledige) PGB-budget. Naast het feit dat eventueel onterecht ziekingeld wordt ontvangen door de zorgverlener, rijst ook de vraag of de budgethouder wel daadwerkelijk zorg nodig heeft, aangezien er geen vervangende zorg wordt geregeld. Het wederrechtelijk verkregen voordeel is in deze fraudeconstructie in verhouding nog groter, omdat er op twee manieren onterecht geld wordt ontvangen, namelijk ziekingeld voor de zorgverlener en ten onrechte verantwoord PGB-budget. De fraudeconstructie herhaalt zich steeds: de zorgverleners melden zich het maximaal aantal weken ziek, melden zich weer beter en melden zich vervolgens na een paar weken weer ziek. De vraag is of zij in de periode dat zij niet ziek gemeld zijn, wel werken. In een aangifte waaruit een dergelijke fraudeconstructie naar voren komt, heeft de zorgverlener tevens een eigen bedrijf. In de periode dat hij zich heeft ziek gemeld, is hij (vermoedelijk) wel werkzaam bij zijn eigen bedrijf.

Uitkeringsfraude

De valse medische diagnoses die worden afgegeven, worden voor meerdere doeleinden gebruikt. Zo wordt niet alleen een PGB aangevraagd, maar tevens bijvoorbeeld een WIA- of WWB-uitkering. Of de verdachte eigenaar van een zorgbureau ontvangt bijvoorbeeld tevens een WAO-uitkering.

De zorgverleners werken mogelijk zwart en/of ontvangen naast hun inkomen een (WWB- of WW-)uitkering. Of er wordt volgens de zorgverleners vrijwilligerswerk verricht, maar het zorgbureau declareert hiervoor wel budget. De zorgverleners kunnen legale of illegale personen zijn die hiervoor waarschijnlijk minder betaald krijgen dan dat er budget is. Er wordt dan gebruik gemaakt van valse loonstroken. Indien de (zwartwerkende) zorgverleners niet gekwalificeerd zijn, komt tevens de kwaliteit van de zorg in het geding. Medische/verpleegkundige handelingen worden gedeclareerd, bijvoorbeeld het toedienen van injectie, terwijl deze worden uitgevoerd door zorgverleners die daartoe niet bevoegd zijn.

Verblijfsvergunningen

Door een zorgbureau worden aan personen contracten verstrekt met het doel om hen aan een verblijfsvergunning te helpen. Deze 'zorgverleners' zouden echter niet aan de voorwaarden voldoen, zoals beheersing van de Nederlandse taal en de benodigde medische kennis. Of deze 'zorgverleners' daadwerkelijk werkzaam zijn bij het zorgbureau – dat zegt zorg te verlenen aan houders van een PGB – is onduidelijk.

Au pairs

In een melding, doorgezet aan een zorgkantoor, wordt een mogelijke fraudeconstructie met een au pair bureau beschreven. Het bureau heeft op papier Nederlandse vrouwen in dienst, maar stelt in werkelijkheid vrouwen van allochtone afkomst (zonder tewerkstellingsvergunning) tewerk. Nederlandse ouderen die een gastvrouw (au pair) nodig hebben, krijgen hiervoor PGB vanuit de Wmo. Zij betalen het au pair bureau een maandelijks bedrag en het bureau regelt visa voor deze vrouwen die familie in Nederland hebben. De vrouwen komen naar Nederland op basis van een toeristenvisum (welke na drie maanden dient te worden verlengd) en worden vervolgens door het bureau tewerkgesteld bij de Nederlandse ouderen. Indien bovenstaande het geval is, is sprake van migratiefraude waarbij PGB's worden gebruikt voor het uitbetalen van werkzaamheden die verricht worden door illegaal in Nederland verblijvende personen.

3.4 Overige bevindingen

De volgende bevindingen zijn niet beperkt tot een van de bovengenoemde fraudeconstructies, maar zijn in het algemeen uit de analyse naar voren gekomen:

Algemeen

- Naast blanco verantwoordings- en wijzigingsformulieren worden ook blanco formulieren met betrekking tot zorgplannen, zorgovereenkomsten of machtigingen ondertekend;
- Er wordt ook zorg gedeclareerd terwijl de budgethouders op vakantie zijn en dus geen zorg ontvangen. Naast het feit dat deze declaraties valselijk zijn opgemaakt, lijkt het erop dat de budgethouders blijkbaar geen zorg nodig hebben;
- Uren voor bemiddeling of administratie worden eveneens in rekening gebracht;
- Het wederrechtelijk verkregen voordeel wordt met name besteed aan onroerend goed in het buitenland, vliegtickets en overboekingen naar de verdachten en/of derden. Indien het is besteed aan onroerend goed, bijvoorbeeld vakantiehuizen, kunnen deze – als behandeling of beloning – worden aangeboden aan de budgethouders (wat hun afhankelijkheid van de fraudeurs vergroot).

(frauderende) budgethouders

- Het aantal budgethouders is vaak onbekend, omdat de nadruk daar niet op ligt in de onderzochte zaken. In de gevallen waarin dit wel bekend is, varieert het aantal van 5 tot 'ongeveer 200';
- De nationaliteiten van de budgethouders zijn eveneens vaak niet bekend. In de gevallen waarin de budgethouders van Turkse afkomst zijn, gaat het vaak om oudere personen die (voorwenden) de Nederlandse taal niet machtig (te) zijn;

Frauderende bureaus en/of artsen

- Fraude met het PGB lijkt niet plaats gebonden. Door heel Nederland zijn malafide zorgbureaus of frauderende bemiddelingsbureaus gevestigd;
- In de zaken waarin de budgethouders van Turkse afkomst zijn, zijn de verdachten dat ook. Dit geldt ook voor de zaak waarin zowel de verdachte als de budgethouders van Marokkaanse afkomst zijn. Dat verdachte(n) (bijvoorbeeld artsen) en 'patiënten'/'cliënten' vaak hetzelfde land van herkomst hebben, geldt niet alleen voor PGB-fraude, maar bijvoorbeeld ook voor (zorg)verzekeringsfraude;
- Een aantal verdachten is van Surinaamse, Marokkaanse, Antilliaanse of Indonesische afkomst. Veruit de meeste verdachten hebben echter de Nederlandse en/of de Turkse nationaliteit.

4 ISMA model

4.1 Inleiding

Op basis van literatuur, het dossieronderzoek en de interviews kunnen frauderisico's worden benoemd met betrekking tot de huidige PGB regelgeving en de aangepaste regelgeving per 1 januari 2012. Hieronder wordt eerst uitleg gegeven van het gehanteerde model om te komen tot de risico's. Vervolgens is per onderdeel van het model aangegeven waar de risico's zich bevinden. In totaal zijn 10 interviews gehouden met de volgende instanties: VvV, NZa, ZN, ministerie van VWS, vier zorgkantoren verspreid over Nederland, CIZ en CVZ. De fraudeconstructies zoals beschreven in hoofdstuk 3 komen overeen met de beelden die de respondenten hebben. Met deze constructies in het achterhoofd zijn de interviews gehouden. Aan de hand van de geformuleerde risico's worden in hoofdstuk 5 mogelijke gevolgen genoemd.

4.2 Uitleg ISMA model

Op basis van empirisch onderzoek is het ISMA-model⁸ (Interne norm, Sociale norm, Mogelijkheden, Afschrikking) ontwikkeld. Dit model is bij dit onderzoek als algemeen theoretisch denkkader gehanteerd. Volgens het ISMA-model kan de intentie tot regelovertrading (tot op zekere hoogte) worden verklaard aan de hand van de aanwezigheid van afwijkende interne en sociale normen, de ervaren mogelijkheden tot regelovertrading en de kosten en baten van gedrag (afschrikking).

De *interne norm* betreft de mate waarin het individu de neiging heeft tot (niet-) naleving door de gevoelde morele plicht. De *sociale norm* staat voor de indruk die individuen hebben over wat anderen in de relevante omgeving acceptabel vinden en doen met betrekking tot de regelnaleving. Bij de *mogelijkheden* gaat het erom in hoeverre individuen mogelijkheden zien om bepaalde regels te overtreden dan wel na te leven. *Afschrikking*, tot slot, heeft betrekking op de kans dat men wordt gepakt door een handhavende instantie (pakkans) en een inschatting van de ernst van de gevolgen (sanctie). Het is mogelijk onderscheid te maken tussen de objectieve pakkans en de subjectieve pakkans. De *objectieve pakkans* is de kans dat personen ontdekt worden op het moment dat zij de regels overtreden. Bij de *subjectieve pakkans* gaat het om de perceptie van personen; hoe groot schatten ze zelf de kans dat ze gepakt worden.

De uitkomsten van het ISMA-model geven aan waarop de overheid kan inzetten om naleving te bevorderen. Indien afwijkende interne normen niet aanwezig zijn is monitoren van nalevingsgedrag voldoende. Zijn de interne normen afwijkend, maar

de sociale normen niet, dan zijn 'zachte' handhavingsstrategieën nodig. Zijn zowel de interne als de sociale normen afwijkend, maar zijn er geen gepercipieerde mogelijkheden, dan bieden zachte dwangmiddelen uitkomst. Afschrikking draagt alleen bij aan regelnaleving indien er sprake is van afwijkende interne en sociale normen en de personen mogelijkheden zien om de regels te overtreden. Het denkmodel toont dus de belangrijkste factoren die naleving in zijn algemeenheid beïnvloeden. In dit onderzoek gaat het specifiek om de perceptie van personen die een PGB ontvangen en van de zorgverleners/bemiddelaars. De hiervoor genoemde factoren zijn voor dit onderzoek geoperationaliseerd in drie soorten risico's:

1. *omstandigheden* die regelovertreding in de hand werken (interne en sociale norm);
2. de ruimte die de *regeling* biedt om te frauderen (mogelijkheden);
3. de mogelijkheid dat fraude niet wordt ontdekt en gesanctioneerd (afschrikking door *toezicht*).

Naast het benoemen van de risico's op het terrein van de wet, het toezicht en de omstandigheden is ook stil gestaan bij de *gevolgen* die de risico's (kunnen) hebben.

⁸ Fraude in Beeld, juni 2007.

5 Risico's

De hieronder genoemde risico's komen voort uit de interviews en zijn gestructureerd op basis van het ISMA-model.

5.1 Interne norm en sociale norm (omstandigheden)

In deze paragraaf wordt ingegaan op omstandigheden die regelovertreiding in de hand werken.

5.1.1 *Grootte van het budget*

Het budget is een voorschot voor inkoop van zorg, maar doordat het bedrag in één of meerdere termijnen⁹ als voorschot wordt uitgekeerd kan het verleidelijk zijn niet genoten zorg toch te declareren, tot het volledige bedrag is verantwoord. Uit de reacties van diverse respondenten komt naar voren dat budgethouders doorgaans een laag inkomen hebben, wat het verleidelijk maakt het (hoge) budget te zien als een aanvullend inkomen. Een respondent hoorde bijvoorbeeld zeggen: "het is zonde om het budget niet te verantwoorden, want dan moet ik het terugstorten naar de overheid". Het gaat hierbij om het verantwoorden van niet genoten zorg.

Voor fraude door zorginstellingen (in het kader van ZIN) speelt wellicht ook een ander motief om te frauderen. De instelling is het niet eens met het ontvangen budget, omdat het zegt daarvan niet de benodigde zorg te kunnen leveren. De zorgvraag wordt opgeplust zodat meer budget wordt ontvangen. Hier dient het onterecht verkregen (extra) budget niet voor persoonlijk gewin maar voor de zorginstelling, om betere zorg te kunnen verlenen.

Gevolgen

Een glijdende schaal door de gelegenheid die er is om te frauderen en aanzuigende werking op 'professionele' fraudeurs (het gemak waarmee grote bedragen geld kunnen worden verdiend).

5.1.2 *Doelgroep*

Frauderende zorgbureaus en/of frauderende artsen richten zich veelal op de volgende groepen (potentiële) budgethouders, vanwege hun taalgebrek en/of gebrekkige kennis van de regelgeving: allochtonen, lichtverstandelijk gehandicapten, verslaafden, (demente) bejaarden of personen met psychische aandoeningen (de zogenaamde GGZ-problematiek). Het probleem bij deze groepen is bijvoorbeeld dat zij de taal niet of onvoldoende machtig zijn en/of onvoldoende kennis hebben van de PGB-regeling en de bijbehorende rechten en plichten. Doordat bovengenoemde groepen de Nederlandse taal niet beheersen en/of weinig/geen

9 Of uitbetaling van het PGB ineens of in termijnen plaatsvindt is afhankelijk van de hoogte van het budget: < € 2.500,- ineens, €2.500,- tot € 5.000,- per half jaar, € 5.000,- tot € 25.000,- per kwartaal en > € 25.000,- per maand.

kennis hebben van de regelgeving, is het voor de fraudeurs gemakkelijker om de regie in handen te krijgen. Op basis van vertrouwen worden documenten ondertekend, machtigingen afgegeven en de administratie uit handen gegeven.

Gevolgen

Doordat het beheer over het budget en de administratie in handen is van de fraudeurs, kunnen deze gemakkelijk meer zorg declareren dan is verleend of andere valse declaraties indienen. De budgethouders weten in deze gevallen vaak niet dat zij fraude plegen; zij hebben niet altijd zicht op de hoogte van het budget, de zorg waar zij recht op hebben, etc.

5.1.3 Omgeving

Georganiseerde fraude vindt vaak plaats binnen bepaalde gemeenschappen of binnen de verslaafdenzorg. Potentiële budgethouders komen via mond-tot-mond reclame in aanraking met de frauderende zorgbureaus/artsen of zij worden benaderd vanuit hun omgeving.

Gevolgen

Binnen bepaalde gemeenschappen speelt vertrouwen een grote rol. Degene die budgethouders werft, is een 'bekende' uit de gemeenschap, vaak met aanzien. Met name wanneer zij de Nederlandse taal niet (voldoende) machtig zijn en/of niet op de hoogte zijn van de (precieze) regelgeving, vertrouwen zij vaak blind op de 'bekende'. De frauderende zorgbureaus zijn vaak aan elkaar gelieerd door familiebanden tussen betrokken bestuurders, eigenaren of personeelsleden.

Sommige budgethouders melden de fraude niet uit schaamte of omdat zij bedreigd worden wanneer zij aangifte (zouden) doen. Aangezien het toezicht op de daadwerkelijk zorgverlening lastig is, zijn de toezichthoudende instanties wel afhankelijk van meldingen, bijvoorbeeld van budgethouders.

Het komt ook voor dat de budgethouders wel op de hoogte zijn van de fraude en hier actief aan meewerken. Hier speelt een stuk brutaliteit een rol, zoals uit een van de interviews is gebleken. De budgethouders vragen een indicatie en PGB aan en 'zien wel wat ze krijgen, wat de regels precies zijn'. Volgens de respondent is de attitude om op die manier te kijken hoe ver je kunt gaan soms cultureel ingegeven.

De omgeving speelt ook een rol bij het beeld dat het PGB een 'verworven recht' is in plaats van een subsidie waarvoor specifieke uren zorg moeten worden verantwoord. Het budget dat als voorschot is gestort is het budget waar de cliënt 'recht' op heeft, dus wordt ervoor gezorgd dat dit budget volledig wordt verantwoord.

5.2 Mogelijkheden

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ruimte die de PGB-regeling biedt om te frauderen.

5.2.1 Ruime begrippen

Het is niet altijd duidelijk wat precies valt onder 'dagbesteding' of waar de grens ligt tussen de verschillende zorgtypen (begeleiding, verzorging of verpleging). Het geven van huiswerkbegeleiding aan een kind met ADHD en hiervoor betaald worden uit het PGB is bijvoorbeeld niet toegestaan, terwijl het (helpen bij het) 'structureren van het maken van huiswerk' wel is toegestaan in het kader van het PGB.

Gevolgen

Het gevolg van de ruime begripsbepalingen is dat het fraude (en oneigenlijk gebruik) in de hand werkt. Uren voor begeleiding worden bijvoorbeeld gedeclareerd als verpleging of zorg die überhaupt niet onder AWBZ-zorg valt, wordt wel als zodanig gedeclareerd. Het is ook lastig te controleren wat voor zorg precies verleend wordt.

5.2.2 Bemiddelingsbureaus

Per 1 januari 2012 mogen nieuwe budgethouders geen kosten voor bemiddeling meer verantwoorden en mogen bestaande budgethouders dit enkel nog voor bemiddelingsbureaus met een keurmerk. Het feit dat deze wetwijziging een schakel minder in de keten betekent en het feit dat er geen geld meer aan iets anders dan zorg mag worden besteed, lijkt een goede oplossing. Echter, bemiddeling en advisering worden ook vaak aangeboden door het zorgbureau zelf. Indien bij de complexere zorgvragen (PGB op basis van verblijfsindicatie) vraag blijft bestaan naar bemiddeling zal deze dienst alsnog worden geleverd hoewel het woord 'bemiddelingsbureau' er niet aan te pas komt. Bovendien, juist wanneer zorg en bemiddeling in één hand liggen, gaat het mis. Ook wanneer bijvoorbeeld een arts in dienst is bij een zorg-/bemiddelingsbureau is de kans op fraude aanwezig.

Gevolgen

De verwachting is dat het door de zorgbureaus in rekening gebrachte geld op papier geheel aan zorg wordt besteed, maar in de praktijk voor een deel aan bemiddeling/advisering. Een ander scenario is dat de individuele zorgverleners (gedwongen worden) een deel van hun salaris af (te) staan aan het zorgbureau voor bemiddeling/advisering.

Wat betreft het keurmerk voor bemiddelingsbureaus is het de vraag op basis waarvan het keurmerk wordt toegekend en de controle daarop. Een 'run' op het keurmerk door bestaande bemiddelingsbureaus is een te verwachten scenario's.

5.2.3 *Zorgplan*

In de gewijzigde PGB-regeling is vastgelegd dat nieuwe budgethouders per 1 januari 2012 een zorgplan dienen te overleggen aan het zorgkantoor waarin ze aangeven hoe zij hun PGB willen inzetten. Indien in dit zorgplan specifiek het doel van de zorg wordt benoemd, bij welke zorgverleners de zorg wordt ingekocht en vervolgens een vergelijking plaatsvindt met de urenverantwoording, vergroot dit de mogelijkheid om fraude te detecteren. Wel blijft in dit geval het probleem bestaan dat deze controle enkel op papier plaatsvindt en fraude door middel van valse urendeclaraties nog steeds mogelijk blijft.

Gevolgen

De fraude blijft voortbestaan indien geen materiële controles worden uitgevoerd.

5.2.4 *Verblijfsindicatie*

Alleen mensen met een 'verblijfsindicatie' (voor verblijf in een instelling) kunnen nog aanspraak maken op een PGB. Voor mensen met een 'verblijfsindicatie' gaat het om complexe zorg. Bij een indicatie voor deze zorgsoort zijn meer mensen betrokken, zoals een arts en een maatschappelijk werker, dus is er meer toezicht. Tegelijkertijd hangt aan deze complexe zorg ook een hoog PGB.

Gevolgen

De georganiseerde fraudeurs (artsen, zorgbureaus, budgethouders) zoeken naar een zo groot mogelijk financieel gewin en gaan wellicht – mede omdat PGB straks enkel nog mogelijk is voor deze groep – in alle gevallen inzetten op een indicatie voor verblijf. Vervolgens vragen zij vanwege cultuurverschillen of een taalbarrière van de cliënten, een PGB aan, waar ZIN wellicht meer op zijn plaats zou zijn.

5.2.5 *Aparte bankrekening*

Om fraude met het PGB tegen te gaan zijn budgethouders per 1 januari 2012 verplicht om een aparte bankrekening te openen en kunnen betalingen aan zorgverleners uitsluitend nog via de bank plaatsvinden. Het openen van een nieuwe bankrekening waarop het PGB wordt gestort en waarvandaan zorgverleners worden betaald, bevordert de transparantie van het betalingsverkeer. Het voorkomt vermenging van gelden, op papier. Waar het geld echter uiteindelijk terechtkomt nadat het op rekening van de zorgverlener is gestort, is niet zichtbaar. Het kan bijvoorbeeld contant worden opgenomen en terugbetaald worden aan de budgethouder (omdat de zorg niet is verleend).

Gevolgen

Een aparte bankrekening is geen controlemiddel voor het verlenen van de (juiste) zorg. Ook de controle op de besteding van het budget is enkel een papieren controle.

Mantelzorgcompliment

Op basis van een regeling van de SVB kunnen mantelzorgers die langdurige en intensieve zorg verlenen een extra bedrag van 200 euro ontvangen (een 'mantelzorgcompliment'). Echter, de formulieren waarmee dit compliment kan worden aangevraagd, kunnen tevens door zorgbemiddelingsbureaus worden gebruikt om het extra geldbedrag aan te vragen voor personen die geen mantelzorgers zijn. Op die manier wordt dus gefraudeerd met deze regeling van de SVB.

5.2.6 *Wmo*

Iemand kan naast een PGB vanuit de AWBZ ook een PGB vanuit de Wmo ontvangen. Een budgethouder heeft bijvoorbeeld recht op een aantal uur verpleging (AWBZ) per week en daarnaast op een aantal uur hulp in de huishouding (Wmo).

Vanaf 2013 valt begeleiding onder de Wmo en dus onder de verantwoordelijkheid van de gemeente. De verwachting is dat een deel van de fraude die nu plaatsvindt met het PGB vanuit de AWBZ zich verplaatst naar het PGB vanuit de Wmo. Vanaf 2013 komt ook het toezicht op juiste besteding van het PGB voor begeleiding bij de gemeenten te liggen. Het is nog onduidelijk hoe gemeenten het toezicht gaan inrichten met hun huidige budget en capaciteit.

Een ander risico is dat zorg ten onrechte dubbel wordt verantwoord en gedeclareerd. Iemand declareert dan bijvoorbeeld dezelfde zorguren via de AWBZ als verzorging en via de Wmo als huishoudelijke hulp en ontvangt dan dus een tweemaal zo groot budget als waar deze persoon recht op heeft.

Gevolgen

Indien de fraude zich verplaatst naar de Wmo of er dubbel wordt gedeclareerd, wordt onterecht een (deel van het) PGB ontvangen.

Het is nog afwachten hoe de verschillende gemeenten invulling gaan geven aan het PGB voor begeleiding en het voorkomen/bestrijden van fraude daarmee. Een goede voorbereiding hierop is noodzakelijk, gezien de verwachting dat de fraude zich zal verplaatsen naar de Wmo.

Op dit moment laat ongeveer tweederde van de gemeenten de Wmo uitvoeren door de SVB. Deze mogelijkheid van uitbesteding is er dus, maar aangezien de Wmo wordt uitgebreid, zal het beroep hierop door de gemeenten toenemen. Daarnaast bestaat de verwachting dat – los van de uitbreiding van de Wmo – steeds meer gemeenten voor uitbesteding aan de SVB zullen kiezen.

5.2.7 *ZIN – verschuiving*

Aangezien de PGB-regeling per 1 januari 2012 voor veel mensen niet meer toegankelijk is (alleen nog degenen met een indicatie voor verblijf), is de verwachting dat de vraag naar ZIN toeneemt. De verantwoording op basis van ZIN is strikter en er zijn meer controlemogelijkheden. Ook kan bij ZIN meer gestuurd worden op de kwaliteit van de zorg; het personeel moet gekwalificeerd zijn en de

zorgkantoren contracteren zelf de zorginstellingen (deze moeten zijn toegelaten). Echter, het declareren van meer uren zorg dan geleverd (door middel van valse facturen), is nog steeds een mogelijke vorm van fraude. Het geld wordt door de zorgkantoren rechtstreeks naar de zorginstellingen gestort, zodat de cliënt er geen zicht meer op heeft. Ook is fraude nog steeds mogelijk waarbij de zorginstelling samenwerkt met de cliënt.

Gevolgen

Uit de interviews komt naar voren dat (frauderende) zorgbureaus die momenteel zorg verlenen aan budgethouders wellicht zullen proberen een toegelaten instelling te worden om ZIN te leveren en daar hun frauduleuze gedragingen te kunnen voortzetten. Indien het individuele zorgverleners betreft, is een ZZP-constructie gewenst. Echter, de vraag is nu of hiervoor minder strenge verantwoordingsisen worden gesteld, wat de verwachting is in het geval voor een dergelijke ZZP-constructie.

5.2.8 ZIN – onderaanneming

Bij ZIN speelt nog een andere factor een rol: het doorcontracteren door toegelaten instellingen aan niet toegelaten instellingen. Dit is toegestaan, maar verdient wel extra toezicht.

Gevolgen

De niet toegelaten instellingen zijn vaak de instellingen die de fraude plegen, maar daar is geen zicht op omdat de verantwoordelijkheid ligt bij de toegelaten instelling.

5.2.9 VPZ

Om mensen tegemoet te komen waarvoor geen passend ZIN aanbod is en die per 1 januari 2012 geen recht hebben op een PGB, is de VPZ in het leven geroepen. Net als een verschuiving van de fraude naar het PGB vanuit de Wmo of naar ZIN, is een andere optie dat de fraude zich zal verschuiven naar deze vergoedingsregeling. Het idee is dat als je fraude wilt plegen, het wel wat op moet leveren, dus betrof het meestal al de zwaardere zorgvormen (meer dan 10 uur). Dezelfde fraudeconstructies blijven mogelijk binnen de VPZ.

Daarnaast ontstaat wellicht een nieuw probleem: degenen die tussen wal en schip vallen, omdat er voor hen geen passend ZIN aanbod is en zij tevens niet in aanmerking komen voor de VPZ. De verwachting is dat hierdoor de noodzaak wellicht ontstaat om deze vergoedingsregeling aan te passen en de 10uursgrens naar beneden zal worden bijgesteld of zal verdwijnen.

Gevolgen

Malafide zorgbureaus zullen proberen door het zorgkantoor te worden gecontracteerd zodat zij zelf 'passende ZIN' mogen leveren (als toegelaten instelling). Anderzijds zullen de malafide zorgbureaus mogelijk hulp aanbieden aan de budgethouders om aan te tonen dat er geen passend ZIN aanbod beschikbaar is

zodat de VPZ wordt uitgekeerd en het malafide zorgbureau een rol kan blijven spelen.

5.3 Afschrikking (toezicht)

In deze paragraaf worden de mogelijkheden benoemd dat fraude met het PGB niet wordt ontdekt en/of gesanctioneerd.

5.3.1 Capaciteit zorgkantoren

Uit de reacties van diverse respondenten blijkt dat het toezicht door zorgkantoren een aantal beperkingen kent. Zo is de capaciteit voor fraudeonderzoek bij zorgkantoren beperkt in verhouding tot de populatie van 135.000 pgb-houders. Deze capaciteit wordt (doorgaans) geleverd door de zorgverzekeraar en moet tevens worden benut om 'reguliere' (zorg)verzekeringsfraude te onderzoeken. Bij het stellen van prioriteiten kan het financiële belang van de zorgverzekeraar in 'reguliere' fraudezaken van invloed zijn.

De opbrengsten uit terugvorderingen/stopzettingen van een PGB moeten immers worden teruggegeven aan de overheid, terwijl de inspanningen en bijbehorende kosten voor het zorgkantoor zijn. Daar staat tegenover dat diverse respondenten hebben aangegeven dat zij toezicht en handhaving van de PGB-regeling wel degelijk ervaren als de maatschappelijke verantwoordelijkheid van het zorgkantoor en daarom capaciteit labelen voor PGB zaken.

Gevolgen

Fraude komt moeilijk aan het licht, tenzij een melding wordt gedaan door bijvoorbeeld de budgethouder of een werknemer van het malafide zorgbureau.

5.3.2 Handhaving zorgkantoren

Een beperking die respondenten ervaren is het ontbreken van handhavingstools bij de zorgkantoren. Zorgkantoren zijn gebonden aan de CIZ-indicatie en hebben niet de bevoegdheid medische informatie te vorderen (verschoningsrecht) wanneer zij twijfelen of de indicatie terecht is afgegeven. Wel moet hierbij vermeld worden dat in een deel van de fraudeconstructies de zorg niet of minder wordt geleverd, terwijl de indicatie niet onterecht is afgegeven.

Ook kunnen zorgkantoren, in een later stadium, de verantwoordingsformulieren niet afzetten tegen de bankafschriften van de budgethouder. Controle van de feitelijk geleverde zorg is in de praktijk niet haalbaar. Dit zou namelijk betekenen dat gedurende vele uren, in de woning van de budgethouder, moet worden geobserveerd op zowel volledige- als kwalitatief juiste levering van de verantwoorde zorg.

Bij gebleken fraude is terugvordering van andere partijen dan de budgethouder vrijwel onmogelijk. De budgethouder is immers verantwoordelijk. Het geld verdwijnt echter in veel gevallen in de zakken van malafide zorgbureaus (en/of bemiddelaars), hetgeen terugvordering van de budgethouder vaak tot langdurige en vruchteloze procedures maakt.

Gevolgen

Door beperkte capaciteit en bevoegdheden kan niet altijd grondig onderzoek worden gedaan bij (sterke) vermoedens van PGB-fraude.

Controle op juiste besteding van het PGB vindt bovendien niet (structureel) plaats. Indien fraude wordt ontdekt kan het onterecht uitgekeerde PGB alleen worden teruggevorderd van de budgethouder, die vaak niet meer in het bezit is van het budget. De geringe (controle)bevoegdheden van zorgkantoren en het ontbreken van een boetebepaling of andere maatregelen zoals de mogelijkheid om een zorgbureau te sluiten, zorgen ervoor dat de fraude blijft voortbestaan en dragen eveneens niet bij aan de afschrikkende werking van de PGB-regeling.

5.3.3 Toezicht zorgkantoren

Op het indicatiebesluit staat vaak niet omschreven wat de zorgvraag is, maar enkel een beschrijving van de kwalen op basis waarvan een indicatie is afgegeven. Bovendien is de omschrijving van de klachten vaak vaag en heeft het zorgkantoor geen zicht op de onderliggende medische stukken.

Door de fraudeurs (zorgbureaus, zorgverleners, artsen en/of budgethouders) wordt op papier alles kloppend gemaakt. In de administratie (de facturen, verleende en verantwoorde uren, etc.) wordt het budget volledig juist verantwoord.

Gevolgen

Doordat het zorgkantoor geen goed beeld heeft van de zorgvraag van de budgethouder en het tevens niet binnen het takenpakket ligt van het zorgkantoor om dit te controleren, vindt geen controle plaats op de doelmatige besteding van het budget. Een kloppende administratie zegt feitelijk niks over de verleende zorg. Het zorgkantoor heeft enkel zicht op de urenverantwoording van de budgethouder en de gefactureerde zorguren, maar de zorg hoeft niet daadwerkelijk geleverd te zijn. Het toezicht hierop is zeer lastig.

5.3.4 Gegevensuitwisseling

Een GBA check door het zorgkantoor is formeel niet toegestaan en dit gebeurt alleen bij intensieve controles. Ook andere uitwisseling van gegevens tussen de verschillende ketenpartners is om privacyredenen lastig.

Gevolgen

Een aantal budgethouders heeft bijvoorbeeld na verhuizing of overlijden onterecht PGB doorbetaald gekregen. Een ander probleem is wanneer de budgethouder langer dan zes weken in het buitenland verblijft en dit niet opgeeft aan het zorgkantoor. Dat is wel verplicht, aangezien op dat moment een lager budget wordt uitgekeerd. Ook komt het voor dat budgethouders wel een adres hebben in Nederland, maar feitelijk in het buitenland wonen.

5.3.5 *Koppeling Belastingdienst*

Budgethouders vullen jaarlijks een opgaafformulier in per zorgverlener. Het zorgkantoor stuurt dit formulier vervolgens door naar de BD. Bij de BD komen ook de opgegeven inkomsten van de zorgverleners binnen. De BD vergelijkt de in de aangiften van zorgverleners opgegeven inkomsten met de inkomsten volgens opgave van de zorgkantoren. Er vindt correctie plaats als er geen of te laag inkomen is aangegeven in vergelijking met die opgaafformulieren. De BD is voor die controle afhankelijk van een juiste en volledige gegevensstroom (in casu zorgkantoren). Bovendien heeft de BD enkel zicht op het (totale) bedrag wat volgens de opgaafformulieren is besteed aan zorg, maar niet over het aantal uren zorg dat is verleend. Indien gefraudeerd wordt met in werkelijkheid niet gewerkte uren en er is wel een opgaafformulier waarop staat dat er gewerkt is, dan wordt in de regel de daar genoemde zorgverlener aangeschreven en gecorrigeerd.

Gevolgen

Wanneer een dergelijke koppeling door onvolledige gegevens niet kan plaatsvinden, is fraude gemakkelijker.

5.3.6 *CIZ – capaciteit*

Indien iemand een aanvraag voor een indicatie doet bij het CIZ kan dit op twee manieren verlopen. Zorgbureaus met een AGB-code¹⁰ kunnen via de AanmeldFunctionaliteit op de site van het CIZ een aanvraag doen voor een cliënt. Er loopt momenteel een pilot om aanvragers die ouder zijn dan 80 jaar en een indicatie voor verblijf aanvragen ongezien een indicatie toe te kennen. Het idee is om dit voor meer groepen te gaan doen. Budgethouders die zelf een aanvraag doen of zorgbureaus zonder AGB-code doen dit via het 'reguliere' formulier. Voor de reguliere aanvragen heeft het CIZ op basis van eerdere rapporten m.b.t. PGB fraude een frauderichtlijn opgesteld op basis van risicogroepen en personen die op basis van deze richtlijn een risico vormen, worden face-to-face geïndiceerd. Er is een discrepantie tussen het verlangen van meerdere partijen enerzijds om iedereen face-to-face te indiceren en anderzijds het feit dat het CIZ moet bezuinigen en inkrimpen (meer mensen ongezien indiceren).

Gevolgen

Om iedereen face-to-face te indiceren is niet voldoende capaciteit/geld bij het CIZ. Tegelijkertijd is het besef dat op die manier het best beoordeeld kan worden of en welke zorg er nodig is en hoe het staat met de "PGB-vaardigheid" van de cliënt.

Het ongezien toekennen van indicaties door middel van de AanmeldFunctionaliteit zal een aantrekkende werking op een AGB-code hebben. Malafide zorgbureaus proberen een AGB-code te bemachtigen om op die manier

¹⁰ Zie www.AGBcode.nl voor meer informatie.

gemakkelijk aan indicaties te komen. De uitbreiding van het aantal doelgroepen die ongezien worden geïndiceerd hangt samen met het feit dat het CIZ moet bezuinigen en de indicatiestelling efficiënter moet.

5.3.7 CIZ - (her)indicaties

Juridisch gezien begint het PGB proces bij de aanvraag van een indicatie. Nadat een indicatie is afgegeven, wordt voor een bepaalde periode de indicatie afgegeven. Deze periode stelt het CIZ vast (o.a. op basis van verwacht verloop van de zorgvraag) en is maximaal 15 jaar¹¹.

In de vastgelegde periode is het juridisch gezien voor het CIZ niet mogelijk om een ambtshalve herindicatie uit te voeren, ook niet wanneer sprake is van (vermoedens van) fraude bij de zorgaanvraag. Ook vindt geen periodieke hercontrole door het CIZ plaats. Een herindicatie vindt enkel plaats wanneer de indicatietermijn is verlopen of wanneer de budgethouder een veranderde zorgvraag indient. Dit maakt het voor het CIZ lastig om – bijvoorbeeld op basis van signalen van fraude vanuit het zorgkantoor – te handhaven. Het CIZ is dan ook geen handhavingsorganisatie.

Gevolgen

Op initiatief van het CIZ vinden geen tussentijdse herindicaties plaats. Indien iemand eenmaal een indicatie – en dus een PGB – heeft, kan dit niet gemakkelijk meer worden gewijzigd.

5.3.8 CIZ – medische gegevens

Op dit moment is het voegen van medische informatie bij de aanvraag, bijvoorbeeld van de huisarts of andere behandelend arts, niet verplicht. Het CIZ mag wel aan de cliënt vragen om deze informatie, maar de cliënt is niet verplicht om deze te geven. Indien wel medische informatie is bijgevoegd, is deze vaak vaag en gaat deze niet altijd gepaard met symptomen. Vervolgens dient het CIZ op basis daarvan een indicatie af te geven. Daarnaast moet het CIZ bouwen op de diagnose van een BIG-geregistreerde arts, volgens het zorgindicatiebesluit.

Gevolgen

Indien geen of onduidelijke medische informatie is bijgevoegd, is het beoordelen van de aanvraag voor het CIZ lastig. Uit meerdere fraudezaken is gebleken dat de frauderende artsen vaak wel staan ingeschreven in het BIG-register. In die gevallen was de cliënt vaak niet bekend bij de huisarts, omdat hij/zij geen medische voorgeschiedenis had.

¹¹ tot voor kort was dit 5 jaar.

6 Conclusie

Om fraude met het PGB tegen te gaan, is door het kabinet en het ministerie van VWS per 1 januari 2012 een aantal maatregelen en nieuwe voorwaarden opgesteld. Het is belangrijk dat overheidsgeld dat bedoeld is voor zorg, ook rechtmatig daaraan besteed wordt. Vanuit de opsporing is gesignaleerd dat de mogelijke fraudeconstructies met het PGB talrijk zijn en de vraag is gerezen in hoeverre de strengere voorwaarden en ingevoerde maatregelen PGB-fraude tegengegaan.

In dit fenomeenonderzoek – uitgevoerd door de FIOD, Inspectie SZW en het FP – zijn de voorwaarden en maatregelen vanuit fraudeoogpunt bekeken. Allereerst is, om de MO's te achterhalen, een dossieronderzoek gedaan naar alle zaken die over de periode 2009 – 2011 bekend zijn bij de drie partijen. Vervolgens is de nieuwe regelgeving getoetst op fraude op basis van het ISMA-model. Hiertoe zijn interviews gehouden met medewerkers van betrokken organisaties in het PGB-proces.

Uit het dossieronderzoek is gebleken dat verschillende MO's kunnen worden onderscheiden; zowel zorgbureaus, artsen, budgethouders als zorginstellingen kunnen – los van elkaar of in samenwerking – frauderen. De fraude bestaat met name uit het stellen van valse diagnoses en/of het declareren van niet verleende zorg of duurdere zorg. Ook het ronselen van potentiële budgethouders behoort tot de constructies. De verwachting is dat de nieuwe regelgeving en de genomen maatregelen per 1 januari 2012 de fraudeconstructies met betrekking tot het PGB niet volledig ondervangen. Hieronder wordt per fraudeconstructie beschreven of en op welke manier deze nog mogelijk blijft binnen de verscherpte regelgeving.

Frauderende zorgbureaus

Deze fraudeconstructie is nog steeds mogelijk, omdat de controle op fraude grotendeels een papieren controle is. Door middel van valse handtekeningen kunnen nog steeds machtigingen worden verkregen of valse declaraties worden ingediend. De wijziging dat er geen kosten meer voor bemiddeling mogen worden gerekend en de budgethouder een aparte bankrekening dient te openen voor het PGB kunnen de fraude niet voorkomen. Met name wanneer de budgethouder op de hoogte is van de fraude en hier dus belang bij heeft, is de kans groot dat deze vorm van fraude blijft bestaan.

Frauderende artsen

Ook deze fraudeconstructie is met de nieuwe regelgeving en genomen maatregelen in nog steeds mogelijk. Het CIZ dient te bouwen op indicaties van BIG geregistreerde artsen, terwijl is gebleken dat de frauderende artsen vaak wel in dit register staan ingeschreven. Er vinden geen periodieke hercontroles plaats door het CIZ. Wanneer eenmaal een indicatie is afgegeven, hebben ook de zorgkantoren

geen tools om hierop te handhaven. Dit zorgt ervoor dat de fraude op basis van een valse diagnose kan voortduren.

Frauderende budgethouders

Budgethouders die frauderen, kunnen dat met de verscherpte regelgeving en maatregelen nog steeds doen. Er vinden met name formele – papieren – controles plaats, waarbij niet wordt ontdekt indien zorg wel is gedeclareerd maar niet – in die mate of van die aard – is geleverd. Zolang iemand die een PGB ontvangt tevens zorg mag verlenen voor een andere budgethouder, blijft ook daarmee fraude mogelijk.

Doordat per 1 januari 2012 het PGB alleen nog wordt toegekend aan mensen met een indicatie voor verblijf, neemt de groep (potentieel) frauderende budgethouders wel af. Echter, er kan bijvoorbeeld wel een verschuiving optreden naar fraude met ZIN of de VPZ, of fraude met het PGB vanuit de Wmo.

Frauderende zorginstellingen

Zorginstellingen die frauderen om hiermee meer geld (voor zorg) op te strijken, kunnen dat blijven doen. De verwachting is dat fraude met ZIN zelfs toeneemt, omdat er een verschuiving zal plaatsvinden van de fraude.

Naast bovengenoemde fraudeconstructies kunnen nieuwe fraudeconstructies ontstaan, ondermeer door de verwachte verschuiving naar ZIN en/of de VPZ en/of het PGB-Wmo.

PGB-fraude kan voorkomen in combinatie met andere fraudes, zoals WAO- of WIA-fraude. De valse indicaties worden dan gebruikt voor zowel het aanvragen van het PGB als voor het aanvragen van een uitkering. Een andere mogelijke fraude in combinatie met PGB-fraude is fraude met ziekengeld van het SVB. Door samenwerking tussen de verschillende instanties kunnen deze fraudes eerder aan het licht komen.

Na het in kaart brengen van de fraudeconstructies, zijn op basis van het ISMA-model alle mogelijke risico's voor PGB-fraude benoemd. De risico's komen voort uit de Interne en Sociale norm van de fraudeurs, de Mogelijkheden die de regelgeving biedt en (het gebrek aan) Afschrikking door toezicht en zijn hieronder opgesomd.

Interne en Sociale norm

- Het PGB wordt gezien als een (extra) inkomen;
- Binnen bepaalde gemeenschappen wordt veel gefraudeerd en worden potentiële budgethouders actief benaderd door 'ronselaars' om te frauderen;
- Getwijfeld kan worden aan de "PGB-vaardigheid" van bepaalde groepen budgethouders.

Mogelijkheden

- Budgethouders met gebrekkige kennis van de Nederlandse taal en/of de rechten en plichten ten aanzien van het PGB zijn een gemakkelijk 'doelwit' voor frauderende artsen en/of zorgbureaus;
- Ruime begrippen, zoals 'dagbesteding', werken oneigenlijk gebruik en fraude in de hand;
- Als zorg en bemiddeling in één hand liggen, vermindert (voor de budgethouder) het zicht op de besteding van het budget;
- Er geldt geen maximum uurtarief voor mantelzorg;
- De fraude zal deels verschuiven van het PGB-AWBZ naar het PGB-Wmo, naar ZIN en/of naar de VPZ;
- PGB vanuit de Wmo en/of vanuit de AWBZ wordt dubbel gedeclareerd; er vindt geen informatie-uitwisseling tussen beide plaats.

Afschrikking

- De controle op de besteding van het budget en de zorgverlening vindt (grotendeels) op papier plaats;
- In geval van ZIN: zorgverlening wordt doorgecontracteerd aan niet toegelaten zorginstellingen (die vervolgens frauderen). Op deze niet toegelaten instellingen is geen (toe)zicht;
- Mede gelet op de populatie van 135.000 pgb-houders is de capaciteit bij de zorgkantoren om materiële fraudecontroles uit te voeren onvoldoende. Deze capaciteit wordt (doorgaans) geleverd door de zorgverzekeraar en moet tevens worden benut om 'reguliere' (zorg)verzekeringsfraude te onderzoeken. Bij het stellen van prioriteiten kan het financiële belang van de zorgverzekeraar in 'reguliere' fraudezaken van invloed zijn;
- De zorgkantoren zijn gebonden aan de CIZ-indicaties en zijn niet bevoegd om medische informatie te vorderen (verschoningsrecht);
- Vaak ontbreekt op het indicatiebesluit de exacte zorgvraag en is enkel een beschrijving van klachten gegeven. Bovendien is de omschrijving van de klachten vaak vaag. Dit maakt het voor het zorgkantoor lastig vermoedens van fraude te onderbouwen of te controleren;
- Een GBA-check door het zorgkantoor is formeel (nog) niet toegestaan. Ook andere gegevensuitwisseling is privacygevoelig;
- De BD heeft op basis van het opgaafformulier geen zicht op het aantal verleende uren zorg. Bovendien is een sluitende controle (koppeling tussen het opgaafformulier van de budgethouder en de opgegeven inkomsten per zorgverlener) slechts mogelijk met een volledige en juiste gegevensstroom;
- De capaciteit bij het CIZ om (iedereen) face-to-face te indiceren, is niet toereikend;
- Het is het CIZ niet toegestaan om een ambtshalve herindicatie uit te voeren;

- De cliënt is momenteel niet verplicht om medische informatie bij de indicatieaanvraag te geven. Indien deze informatie wel is bijgevoegd, is deze vaak vaag;
- De diagnose van een BIG-geregistreerde arts is richtinggevend bij de indicatiestelling door het CIZ.

De gedachte bestaat dat bij een goede indicatiestelling de verantwoording over de besteding minder noodzakelijk is. Als de cliënt de zorg echt nodig heeft, zal het geld daar ook aan besteed worden. Dit maakt het 'werkgeverschap' van de budgethouder gemakkelijker waardoor ook tussenpersonen minder nodig zullen zijn. Echter, uit de interviews is ook gekomen dat indien de medische diagnose past in het 'totale plaatje' van de cliënt, de aanvraag er alsnog doorheen zal glijpen.

Echter, ook wanneer terecht een indicatie is verleend, is fraude mogelijk. En door het ontstaan van meerdere regelingen raakt het toezicht dat er is versnipperd.

Een belangrijk punt dat uit het onderzoek naar voren is gekomen, is dat wanneer alle partijen (cliënt, zorgverlener, arts, contactpersonen bij bepaalde organisaties) samenspannen, het achterhalen van fraude altijd een probleem zal blijven. De vraag is of de huidige interne en sociale normen nog wel van die aard zijn dat dergelijke fraudegevoelige regelingen zouden moeten blijven bestaan. Het idee achter het PGB is keuzevrijheid voor de zorgbehoevende, maar door alles uit handen te geven aan een zorgbureau blijft er van 'eigen regie' weinig over.