

Eindrapportage:

Vroegtijdige signalering van mogelijke zorgfraude



Het project “Vroegtijdige signalering van mogelijke zorgfraude”

is een samenwerking van een vijftal cliëntenorganisaties:

NOOM
Nederlandse Organisatie voor Mensen met een Zorgbehoefte

PerSaldo

LOC
ZEGGENSCHAP
IN ZORG

 Landelijk Platform GGz
LPGGz

 KLUSKENLUIDERS VG

Inhoudsopgave

1 Projectkaders	3
2 Doel en aanleiding	3
3 Uitvoering algemeen	4
3.1 Samenwerking	4
3.2 Communicatie en publiciteit	5
3.3 Communicatie activiteiten	6
4 Vragenlijst en handelingsprotocol	6
4.1 Vragenlijst	6
4.2 Handelingsprotocol	7
5 Samenwerking externe partners	8
5.1 Samenwerking NZa en IGZ	8
5.2 Behandeling individuele meldingen	9
5.3 Samenwerking ISZW, ZN, zorgkantoren coöperatie VGZ en het CIZ	9
6.1 LOC Zeggenschap in zorg	9
6.2 Landelijk Platform GGz	15
6.3 NOOM	22
6.4 Per Saldo	25
6.5 Stichting Klokkeluiders VG	29
7 Overzicht conclusies vroegtijdige signalering	41
7.1 Algemeen	41
7.2 Het meldpunt	42
7.3 De melders	42
7.4 De meldingen	44
7.5 Samenwerkingspartners	46
8 Overzicht aanbevelingen vroegtijdige signalering	47
8.1 Algemeen	47
8.2 Voor zorggebruikers en cliëntenorganisaties	47
8.3 Samenwerkingspartners en overheid	48

1 Projectkaders

Projectperiode: 01 november 2013 t/m 31 januari 2015

Project: geïnitieerd en gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

*Projectpartners:*¹

LOC Zeggenschap in zorg:

LOC is de grootste cliëntenorganisatie in de jeugdzorg, GGz, verzorging en verpleging, thuiszorg en welzijn. Met 1.500 aangesloten cliëntenraden bij LOC, vertegenwoordigen zij samen 600.000 cliënten.

Landelijk Platform GGz (LPGGz):

Het LPGGz is de koepel van, voor en door 20 cliënten- en familieorganisaties in de GGz. Gezamenlijk vertegenwoordigen zij meer dan een miljoen Nederlanders die jaarlijks een beroep doen op de GGz.

Netwerk van Organisaties van Ouderen Migranten (NOOM):

NOOM bundelt en behartigt gemeenschappelijke belangen van alle oudere migranten en bevordert het welzijn van oudere migranten.

Per Saldo:

De belangenvereniging van mensen met een persoonsgebonden budget. De groep budgethouders bestaat uit mensen van alle leeftijden, met een lichamelijke, verstandelijke, meervoudige, visuele, psychische of psychiatrische beperking of chronische ziekte. Met ruim 25.000 leden is Per Saldo de belangenvereniging van en voor mensen die hun zorg en begeleiding zelf willen regelen met een pgb.

Stichting Klokkenuiders VG (KLVG):

KLVG is een samenwerkingsverband van wettelijke vertegenwoordigers, familieleden en andere betrokkenen die wil signaleren, analyseren en aan de kaak stellen van aard en omvang van wat er mis gaat in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. KLVG ondersteunt ouders, zorggebruiker en medewerkers in de verstandelijk gehandicapten zorg.

2 Doel en aanleiding

Het doel was: onderzoeken of vroegtijdige signalering door cliëntenorganisaties bijdraagt aan een betere aanpak van fraude en oneigenlijk gebruik. Aanleiding voor het project was gelegen in regelmatige publiciteit over incidenten rondom financieel misbruik of zelfs fraude. Dat leidde in 2010 tot een motie in de Tweede Kamer (Venrooy-Van Ark en Uitslag) waarin werd gevraagd om onderzoek naar fraude en oneigenlijk gebruik bij Awbz-ZIN en om concrete maatregelen naar aanleiding daarvan. In vervolg hierop is de Risicoanalyse Fraude in de Awbz zorg in natura (november 2012) uitgevoerd.

¹ Voor de namen van LOC zeggenschap in zorg, Landelijk Platform GGz en Netwerk van Organisaties van Ouderen Migranten en Stichting Klokkenuiders VG gebruiken we in het vervolg van de rapportage afkortingen.

Deze risicoanalyse leverde inzicht op in de risicogebieden van fraude en oneigenlijk gebruik en in maatregelen om de risico's te verkleinen. Naar aanleiding van het rapport heeft VWS gekozen om de maatregel early warning door cliëntenorganisaties in gang te zetten. In deze pilot hebben de cliëntenorganisaties onderzocht of het mogelijk en zinvol is om bij en via hen meldingen door zorggebruikers van oneigenlijk gebruik/fraude te verzamelen, te verrijken en door te geven aan instanties die maatregelen tegen misstanden/fraude nemen. Dit pilot-onderzoek moest zo vorm worden gegeven dat het niet alleen gericht is op meer inzicht in het vóórkomen van fraude maar ook op het bestrijden (aanpakken en voorkómen). Ook zou het pilot-onderzoek antwoord moeten geven op de vraag wat je moet doen met “bijvangst”; signalen die wel duiden op misstanden, maar die niet vallen onder het begrip fraude of oneigenlijk gebruik.

3 Uitvoering algemeen

De projectlooptijd verschoof naar 1 november 2013 en werd verlengd t/m 31 januari 2015. Latere projecttoekenning en meer tijdsbesteding door de cliëntenorganisaties aan het inrichten van de instrumenten (vragenlijst en handelingsprotocol) en de meldpunten, zijn hiervoor de redenen. LOC voerde de rol van penvoerder en projectleider uit. Een projectteam en een stuurgroep zorgden resp. voor de uitvoering en de monitoring van het project. In het projectteam namen projectmedewerkers van de cliëntenorganisaties deel. En in de stuurgroep namen naast de directeuren van de cliëntenorganisaties, ook een medewerker van de ²Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de contactpersoon vanuit VWS deel. De deelname van de NZa en de IGZ betekende een start van een samenwerking en een betere afstemming in de keten. De betrokkenheid en bijdragen van VWS, de NZa en IGZ hebben de cliëntenorganisaties als zeer waardevol ervaren.

3.1 Samenwerking

De vijf cliëntenorganisaties hebben constructief, kritisch en prettig samengewerkt met elkaar. Bij de start van het project hebben zij geïnvesteerd in:

- het opstellen van de vragenlijst en het handelingsprotocol.
- het inrichten van de meldpunten en het registratiesysteem.
- het trainen van medewerkers en vrijwilligers van het zorgfraude meldpunt.
- het afstemmen met externe organisaties over doorgeleiding van meldingen.

Het samenbrengen van de verschillende visies, standpunten en doelgroepen was een kritisch, maar constructief proces. Het maken van de vragenlijst en het handelingsprotocol was zeer arbeidsintensief. Voortdurend toetsen aan elkaars opvatting, ervaring bleek nodig. Na het openstellen van de meldpunten per 5 februari 2014 heeft het projectteam ervaringen met en naar elkaar uitgewisseld. De cliëntenorganisaties hebben ieder eigen meldingen verzameld, beoordeeld en verwerkt.

² Voor de namen van de Nederlandse Zorgautoriteit en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruiken we in het vervolg van de rapportage de afkortingen.

Specifieke casussen en ervaringen werden in het projectteam besproken.

Meerwaarde samenwerking:

- De deelnemende cliëntenorganisaties vertegenwoordigden gezamenlijk een zeer grote achterban van zorggebruikers, waarin zij zorgbreed de aandacht voor vermoedens van fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden in de zorg hebben vergroot.
- De samenwerking in het project heeft een bijdrage geleverd aan een beter georganiseerde ketenregie in relatie tot zorgfraude of fraudebestrijding. Samenwerking tussen de cliëntenorganisaties voor het aangaan van een werkrelatie met tussen medewerkers van cliëntenorganisaties en opsporende c.q. toezichhoudende organisaties was nodig om begrip en bewustzijn te creëren voor de eigen (en soms specifieke) rol van opsporende c.q. toezichhoudende organisaties en verantwoordelijkheid van cliëntenorganisaties. Met name tijdens de tweede helft van het project hebben de investeringen in de (keten)samenwerking hun vruchten afgeworpen. En hebben de cliëntenorganisaties in 2014 met een aantal opsporende c.q. toezichhoudende organisaties (NZa, ZN en ISZW) een goede werkrelatie opgebouwd. Dit heeft onder andere geleid tot samenwerking (LPGGz en NZa) bij de ontwikkeling van hulpmiddelen om de informatiepositie van cliënten te versterken. Ook heeft LOC zeggenschap in zorg in samenwerking met de NZa voorlichtingsbijeenkomsten aan cliëntenraden georganiseerd. Per Saldo en LOC hebben namens het projectteam een tweetal constructieve overleggen gehad met Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorgkantoren Coöperatie VGZ en het CIZ.
- Door de samenwerking in het project is veel informatie beschikbaar gekomen over de slechte informatiepositie van cliënten en de ondoorzichtigheid van het hele systeem van bekostiging en verantwoording. En is daar in de belangenbehartiging van elkaars achterban over gecommuniceerd.
- Door het uitwisselen van ervaringen en het bespreekbaar maken van casussen is veel geleerd om fraude aan te pakken, maar er is meer nodig. Zelfs partijen met een 'geëigende' rol op dit gebied (OM, ISZW, VWS etc.) zijn op dit moment nog druk doende om werkwijzen en afspraken te ontwikkelen die het gezamenlijke doel dichterbij brengen. Cliëntenorganisaties zijn relatief nieuw in een dergelijke samenwerking, hebben bovendien geen primaire taak op dit terrein en vervullen een gevoelige rol omdat zij mensen vertegenwoordigen die afhankelijk zijn van zorg.

3.2 Communicatie en publiciteit

De cliëntenorganisaties hebben een communicatieplan geschreven. Kernafpraak was in de publieke communicatie over het project een eenduidig beeld te geven van het project en de samenwerking met elkaar. Elke organisatie gebruikte vervolgens eigen website, eigen nieuwsbrieven en contacten met de pers om bekendheid te geven aan het project. Leden van de stuurgroep hebben afgesproken om in het kader van het project goed af te wegen via welke media de cliëntenorganisaties publiciteit willen zoeken. De stuurgroep heeft afgesproken om (vervolg)stappen in perscontacten te melden aan VWS.

3.3 Communicatie activiteiten

- Op 5 februari 2014: persbericht door LOC verzonden over de openstelling van de meldpunten;
- Cliëntenorganisaties communiceerden via de websites van de eigen organisaties;
- Bekendheid via diverse landelijke- en regionale dagbladen en zorggerelateerde websites;
- LOC schreef een artikel in haar tijdschrift *Zorg & Zeggenschap*;
- LOC maakte de brochure *Zorg & Geld* o.a. interviews met de samenwerkende partners. Deze brochure heeft LOC breed verspreid onder haar achterban en gedeeld met de partners;
- Cliëntenorganisaties maakten de flyer: “Vermoedt u gesjoemel met zorggeld? Meld het ons!”. Deze flyer hebben zij met een oplage van 2000 stuks verspreid. Per Saldo heeft pgb ambassadeurs ingeschakeld, LOC haar relatiebeheerders;
- Op de 50+ Beurs van 16 t/m 20 september heeft NOOM een informatietafel ingericht met de LOC brochure en de flyer. De aandacht werd getrokken door een banner met dezelfde tekst;
- KLVG heeft een internet advertentie geplaatst bij De Telegraaf Media Groep. De advertentie leidde tot een gemeten verhoogd bezoekersaantal van de webpagina en de project meldlijn;
- Het LPGGz heeft een eigen panel van zorggebruikers/familie van 600 deelnemers benaderd.

4 Vragenlijst en handelingsprotocol

4.1 Vragenlijst

De cliëntenorganisaties hebben een vragenlijst en een handelingsprotocol gemaakt om op een eenduidige werkwijze meldingen over vermoedens van fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden te ontvangen. LOC heeft de coördinatie en voortgang bewaakt over de te ontwikkelen vragenlijst en het handelingsprotocol. Het maken van het handelingsprotocol heeft veel tijd en energie gekost bij aanvang van het project. Cliëntenorganisaties zijn beperkt geëquipeerd voor een dergelijke, gevoelige taak en er was weinig referentie informatie beschikbaar. Het protocol heeft de start van het project richting gegeven en heeft het later gediend om werkwijzen te evalueren en te verbeteren.

Het projectteam heeft twee maanden na opening van de meldpunten in overleg met de stuurgroep en met bijdragen van een medewerker van het ministerie van VWS de vragenlijst op een aantal onderdelen aangepast. Doel van deze aanpassingen was het aandeel anonieme meldingen te verminderen. Met een anonieme melding was het voor een cliëntenorganisatie onmogelijk om met de melder in contact te komen. Het contact met een melder was van belang om een melding te kunnen verrijken. Door melders schriftelijk via de vragenlijst vertrouwen te geven dat hun melding in veilige handen is, zou de anonimiteit kunnen afnemen. Door aanpassingen in de vragenlijst hebben een aantal cliëntenorganisaties minder anonieme meldingen ontvangen. Bij de maken van de vragenlijst en het handelingsprotocol hanteerden de cliëntenorganisaties de volgende uitgangspunten voor de melders:

- Melders moeten zo goed mogelijk weten wat we zoeken aan informatie (ook wat toezicht- en opsporingsinstanties nodig hebben voor actie);

- Goed weten wat vermoedelijke fraude is, wat oneigenlijk gebruik van zorggeld is en wat mogelijk valt onder een andere vorm van schending van cliëntenrechten;
- De melding zo goed mogelijk meteen laten voorzien van materiaal dat sterke aanwijzingen geeft van wat zich heeft afgespeeld (nota's, zorgplannen, brieven);
- De melders vertrouwen geven dat hun belang en positie wordt beschermd (dus desgewenst garantie krijgen op anonimiteit en dat er voldoende ruimte is om hun verhaal te luisteren. Daarbij hoort ook dat melders zo nodig hulp, verwijzing en advies krijgen om hen te helpen in;
- Een terugmelding krijgen van het verloop van de behandeling van hun melding.

4.2 Handelingsprotocol

Het handelingsprotocol bood voor de projectmedewerkers een handleiding hoe om te gaan met meldingen, hoe door te vragen naar informatie, hoe te voorkomen dat eigen onderzoek eventuele “bewijslast” frustreert voor later (strafrechtelijk) onderzoek, hoe om te gaan met het doorgeven van meldingen, aan wie meldingen moeten worden doorgeleid en hoe onderscheid te maken tussen fraude, oneigenlijk gebruik of misstanden in de zorg. Ook voorziet het protocol in voorbeelden over vermoedens van fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden om meldingen te kunnen herkennen.

De cliëntenorganisaties hebben specifiek met de NZa en IGZ overlegd en afgestemd welke en hoe ze meldingen wilden ontvangen. Om fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden in de zorg te bestrijden, zouden de meldingen moeten voldoen aan verwachtingen en mogelijkheden van een toezicht en/of opsporingsinstantie, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Inspectie voor de Gezondheidszorg Zorg (IGZ), de FIOD, CIZ, zorgkantoren en eventueel gemeenten.

4.2.1 Definities fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden in de zorg

De cliëntenorganisaties hebben voor het analyseren en beoordelen van de ontvangen meldingen gebruikt gemaakt van bestaande definities van fraude, oneigenlijk gebruik en misstand(en) in de zorg.

FRAUDE (VWS) - Indien sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen'. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- (financieel) Verkregen voordeel;
- Overtreden van declaratieregels;
- Opzettelijk en misleidend handelen.

ONEIGENLIJK GEBRUIK (VWS) - De regels zijn niet overtreden, maar wat er gebeurt is overduidelijk niet in lijn met de gedachte achter de doelstelling van de regels (handelen naar de letter van de wet, maar niet naar de geest van de wet). Ook hier is het effect dat geld dat eigenlijk voor de zorg bestemd is niet goed besteed wordt.

MISSTAND(EN) IN DE ZORG (IGZ) - Slechte kwaliteit van de zorg, onjuiste facturen, zorgverwaarlozing en onbevoegd personeel.

4.2.1 Training medewerkers & deskundige vrijwilligers

LOC heeft met bijdragen van NOOM en KLVG de voorbereidingen getroffen om een dagtraining ‘Aanpak van meldingen’ aan medewerkers en deskundige vrijwilligers te laten verzorgen. Een externe trainer met specifieke kennis van over fraude en oneigenlijk gebruik werd geworven. Door de training weten medewerkers en vrijwilligers beter wat het contact met een melder kan betekenen. Ook hebben zij geleerd beter onderscheid te kunnen maken tussen fraude, oneigenlijk gebruik en wat er buiten valt.

5 Samenwerking externe partners

Een belangrijk onderdeel voor cliëntenorganisaties in de aanpak van fraude lag in het doorgeven van kansrijke meldingen aan toezicht- en opsporingsinstanties die maatregelen kunnen nemen. In verschillende samenstellingen heeft het projectteam overleg gevoerd over de afstemming met instanties aan wie meldingen zouden kunnen worden doorgezet. Het afstemmen met externe organisaties bleek tijdens de hele projectperiode nodig. Het overleg richtte zich aanvankelijk op de vraag welke definities van fraude en misstanden gehanteerd kunnen worden en hoe meldingen kunnen worden doorgegeven en teruggekoppeld. Werkafspraken hebben de cliëntenorganisaties opgenomen in het protocol. Nadien was er vooral overleg over individuele casussen en afstemming. In het vervolg van de eindrapportage komen we nog een aantal keer terug op de samenwerking met externe partners.

5.1 Samenwerking NZa en IGZ

Met de NZa en IGZ zijn gesprekken gevoerd, aanvankelijk aftastend en onderzoekend. Cliëntenorganisaties en de NZa en IGZ hebben in het verleden vaker met elkaar samengewerkt, maar niet als het gaat om het thema fraude, oneigenlijk gebruik en/of misstanden in de zorg.

Zowel bij de NZa als bij de cliëntenorganisaties was bereidheid om een mogelijke samenwerking mogelijk te maken. De NZa stelde na het gesprek een overzicht met verwijzingsinstanties beschikbaar en een overzicht met werkdefinities. Op initiatief van de NZa hebben de cliëntenorganisaties een vervolgsprek gehouden om de samenwerking in het project nog beter af te stemmen. Naast de gezamenlijke samenwerking tussen de cliëntenorganisaties en de NZa hebben LOC en het LPGGz ook individueel met de NZa samengewerkt. LOC organiseerde samen met de NZa een vijftal bijeenkomsten over besteding van zorggeld. En de samenwerking van het LPGGz met de NZa heeft bijgedragen aan de ontwikkeling van hulpmiddelen om de informatiepositie van zorggebruikers te versterken. In hoofdstuk 6 geven we dit thema een vervolg.

Bij de IGZ verliep het eerste gesprek anders dan de verwachting van de cliëntenorganisaties. Bijvoorbeeld in het geval dat een cliëntenorganisatie een kansrijke melding zou doorsturen, nam de IGZ het vanaf dat moment volledig over richting de melder. De gemelde cliëntenorganisatie zou geen ontvangstbevestiging ontvangen en dus geen terugkoppeling richting de melder kunnen doen. Meerdere gesprekken met verantwoordelijken binnen de IGZ hebben geleid tot een terugkoppeling van de IGZ aan cliëntenorganisaties. De cliëntenorganisaties hebben dit zeer op prijs gesteld. De IGZ kondigde ook een eigen meldpunt (LMZ) aan, die enkele maanden later van start ging.

5.2 Behandeling individuele meldingen

Vooraf was er een vermoeden dat zowel de NZa als de IGZ doorgaans geen individuele meldingen van fraude, oneigenlijk gebruik of misstanden in de zorg behandelen. Dat vermoeden was gebaseerd op eerdere ervaring van KLVG en het werd bevestigd in de gesprekken in het kader van dit project met beide instanties. Potentieel zou dit tot problemen leiden, omdat het project nu juist beoogde op een laagdrempelige manier individuele meldingen vanuit zorggebruikers te verzamelen en door te leiden.

Uit de gesprekken, vooral het tweede gesprek met NZa, bleek dat beide instanties individuele meldingen dan wel niet allemaal oppakken en behandelen, maar wel beschouwen als signalen die kunnen bijdragen aan lopend breder onderzoek bij aanbieders. De NZa en de IGZ kijken naar patronen en wat er op basis daarvan in de regelgeving en het toezicht zou moeten veranderen.

Via de stuurgroep en overleg over specifieke meldingen (LOC en andere cliëntenorganisaties hebben meerdere meldingen doorgeleid naar IGZ/LMZ) is beter begrip ontstaan van de werkwijze van externe organisaties; de inbreng van cliëntenorganisaties en het spanningsveld. LOC heeft namens de cliëntenorganisaties in de contacten met de NZa en IGZ ingezet in het opbouwen van informele contacten en relaties. Dit heeft ervoor gezorgd om mogelijk kansrijke meldingen scherper te krijgen en te zoeken naar aanknopingspunten om de melding te verrijken.

5.3 Samenwerking ISZW, ZN, zorgkantoren coöperatie VGZ en het CIZ

LOC heeft met Per Saldo gesprekken gevoerd met de Inspectie Sociale Zaken Werkgelegenheid (ISZW), met de branchevereniging Zorgverzekeraars Nederland (ZN), zorgkantoren coöperatie VGZ en met het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). LOC heeft met KLVG een bezoek gebracht aan Zorginstituut Nederland. LOC, Per Saldo, ZN, zorgkantoren coöperatie VGZ en CIZ hebben in juni 2014 een gezamenlijk gesprek gevoerd, dat in september 2014 een vervolg heeft gekregen. Na het eerste overleg heeft ZN een overzicht met fraudecoördinatoren van zorgkantoren/zorgverzekeraars aan de cliëntenorganisaties beschikbaar gesteld. Het overzicht heeft bijgedragen aan een betere samenwerking tussen cliëntenorganisaties en zorgkantoren/zorgverzekeraars.

6 Kwantitatieve en kwalitatieve bevindingen per cliëntenorganisatie

6.1 LOC Zeggenschap in zorg

6.1.1 Algemeen

De vraagbaak van LOC neemt telefonisch en via de email vragen, signalen, meldingen en klachten van cliëntenraden, zorggebruikers, verwanten, zorginstellingen en/of anders in behandeling. Voor de start van dit project had LOC de ervaring veel vragen over onterechte bijbetalingen van cliëntenraden te ontvangen. Bij vragen over onterechte bijbetalingen gaat het over de (hoogte van) waskosten, voetverzorging, voeding, inrichtingskosten en ontspanning. Ook individuele zorggebruikers en/of familie van zorggebruikers wist LOC over dit thema te vinden. Momenteel levert LOC een bijdrage aan het project 'Onterechte bijbetalingen in verpleeg- en verzorgingshuizen' dat de NZa uitvoert. Met dit project wil de NZa samen met zorgaanbieders, zorgkantoren en cliëntenorganisaties



maatregelen treffen om onterechte bijbetalingen terug te dringen. En de positie³ van zorggebruikers versterken.

6.1.2 Kwantitatieve bevindingen LOC

Bij het analyseren en kwantificeren van de huidige situatie (nulmeting) had LOC de verwachting dat cliëntenraden de meeste meldingen zouden doen over vermoedens van fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden in de zorg. Voordat LOC ingaat op de resultaten geven we eerst een schematische weergave van de in totaal 69 ontvangen meldingen.

Vragenlijst 1	Periode 05.02.2014 t/m 22.05.2014	Digitale melding	Telefonische melding	Opvolging melding door LOC
Anoniem	15	15	0	5
Persoonlijk	13	12	1	12
Totaal periode	28	27	1	17
Vragenlijst 2	Periode 22.05.2014 t/m 31.10.2014	Digitale melding	Telefonische melding	Opvolging melding door LOC
Anoniem	12	10	2	2
Persoonlijk	29	20	9	20
Totaal periode	41	30	11	22

6.1.2.1 Anonieme en persoonlijke meldingen

LOC heeft in de periode tot en met 22 mei 2014 procentueel meer anonieme dan persoonlijke meldingen ontvangen. Bij Per Saldo en het LPGGz was deze trend ook te zien. Voor de cliëntenorganisaties was het dan ook van belang om de anonieme meldingen te verminderen. Het ontvangen van meldingen was geen doel op zich, het verrijken van de meldingen des te meer. Met een aantal aanpassingen in de vragenlijst hebben we potentiële melders meer vertrouwen willen geven om te melden. De aanpassingen hebben in de periode na 22 mei 2014 voor LOC niet zozeer het aantal anonieme meldingen substantieel doen verlagen. Tegelijkertijd heeft LOC meer dan een verdubbeling aan persoonlijke meldingen ontvangen. LOC concludeert met de tweede vragenlijst procentueel minder anonieme meldingen te hebben ontvangen in vergelijking met de eerste vragenlijst. Een aantal redenen voor toename van het aantal persoonlijk meldingen kunnen zijn: (langere) bekendheid, betere communicatie, uitstralen vertrouwen en aanpassingen vragenlijst. LOC heeft deze ontwikkeling als zeer positief ervaren. En heeft de mogelijkheid gekregen om meer meldingen te kunnen verrijken.

6.1.2.2 Digitale en telefonische meldingen

Een opvallend en belangrijk te noemen verschil tussen de eerste en de tweede vragenlijst gaat over een toename van het aantal telefonische meldingen.

³ Op pagina 14 en 15 de resultaten van de samenwerking tussen LOC en de NZa op dit gebied.

Vertrouwen en het beter kunnen vinden van het meldpunt hebben hier voor LOC aan bijgedragen. Het aantal digitale meldingen dat LOC heeft ontvangen, bleef nagenoeg gelijk.

6.1.3 Kwalitatieve bevindingen LOC

LOC ontving in totaal 69 meldingen van achtereenvolgens individuele zorggebruikers, van familie van zorggebruikers en (ex)-medewerkers van zorgaanbieders. In tegenstelling tot de verwachting bij de nulmeting heeft LOC geen meldingen van of via cliëntenraden ontvangen. De mogelijk redenen voor cliëntenraden om niet te melden, kunnen zijn:

- Cliëntenraden vonden het moeilijk om te gaan met deze materie;
- Cliëntenraden hebben te weinig inzicht hoe zorgaanbieders het geld besteden;
- Cliëntenraden zijn onvoldoende op de hoogte van de brochure ‘Daar hebt u recht op’;
- Cliëntenraden gaan eerst in gesprek met de bestuurder over bijvoorbeeld onterechte bijbetalingen, alvorens een cliëntenraad informatie elders zoekt.

Meldingen waren over het algemeen niet direct bruikbaar. Aanvullende informatie was nodig om te achterhalen of sprake is van een vermoeden van fraude, oneigenlijk gebruik of een andere misstand in de zorg. Het contact bleek arbeidsintensief. Contact met melders was gewenst om vragen te stellen, ondersteuning te bieden, de melding te analyseren en informatie te krijgen. Het contact en de informatie die dat heeft opgeleverd, moest leiden tot het nemen van een besluit in de vorm van een eventuele vervolgactie en/of doorgeleiding. Het bleek lastig om goede “bewijzen” te krijgen voor fraude of oneigenlijk gebruik. Een reden daarvoor is dat melders geen goed zicht hebben op wet- en regelgeving of wat wel en niet is toegestaan. Ook hebben melders doorgaans geen gewoonte gemaakt van het goed schriftelijk documenteren van zowel afspraken over zorg als over betaling.

Een groot aantal melders wilde vaak een luisterend oor en leek minder geïnteresseerd in het aanpakken van fraude, oneigenlijk gebruik of misstanden in de zorg. Het geven van ondersteuning ging geregeld over wat de melder verder kon ondernemen om de melding op de juiste plaats te krijgen. In de contacten speelde het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid een belangrijke rol. In de meeste gevallen met wie LOC telefonisch contact heeft gehad, bleek het een eenmalig contact.

Tegelijkertijd heeft LOC met vijf melders veelvuldig contact gehad. Het initiatief voor dit contact lag bij de melder. In alle gevallen gaat het over casussen waar melders vastlopen in procedures en regelgeving van zorgaanbieders, klachtencommissies en toezichthoudende- en opsporingsinstanties.

Mensen die melden, melden voor zichzelf of voor een ander, omdat zij een situatie als problematisch ervaren. Cliëntenorganisaties luisteren naar de melder zelf en stelt de melder voorop. De NZa en de IGz benaderen een melding anders. Deze organisaties doen niet aan individuele gevalbehandeling en bekijken of zij in hun signaaltoezicht en in wetgeving, regels of prestaties aanpassingen moeten/kunnen doen. Melders voelen zich dan niet gehoord.

In het vervolg van de kwalitatieve bevindingen gaat LOC in op de twee vragenlijsten die zijn gebruikt om meldingen te ontvangen. De eerste vragenlijst was van toepassing op de periode 5 februari 2014 tot en met 22 mei 2014. De tweede vragenlijst was van toepassing op de periode 22 mei 2014 tot en met 31 oktober 2014.

6.1.3.1 Bevindingen 05.02.14 t/m 22.05.2014: Ontvangen meldingen eerste vragenlijst

Van de vijftien anonieme meldingen waren elf meldingen - volgens het handelingsprotocol - niet toereikend genoeg en qua inhoud onvoldoende om daar opvolging aan te geven. In het handelingsprotocol hebben we afgesproken dat we hier in principe niets mee kunnen en doen, tenzij een melder een naam van een instelling noemt. Hieronder een inhoudelijk inzicht van de anonieme meldingen waar LOC geen opvolging aan heeft (kunnen) ge(geven):

- deskundige zorg ontbreekt, cliënt wordt aan zijn lot overgelaten;
- veel te weinig bezetting van betaalde krachten;
- uitkomsten van cliënt ervaringsonderzoeken zijn gemanipuleerd;
- zorggebruikers die niet bestaan, maar de zorg wordt wel gedeclareerd.

Aan drie anonieme meldingen heeft LOC opvolging gegeven in relatie tot de signaalfunctie NZa.

Meldingen NZa

- Een melding over een tandarts waarin het niet mogelijk is om per pin of op rekening te betalen. Van de tandarts is naam en toenaam vermeld door de melder.
- Medewerkers moeten handtekeningen vervalsen van zorggebruikers en ook van overeenkomsten die er met ziekenhuizen zouden zijn over specialistische zorg. Tevens worden uren zorg geschreven die niet geleverd worden of in een veel kortere periode. Ook bij deze melding is de naam van de zorgaanbieder en het zorgkantoor vermeld.
- Declareren van nabehandeling onder het maximale tarief (klinisch) psychotherapeutisch centrum.

Wat heeft LOC met de persoonlijke meldingen gedaan?

LOC heeft met alle dertien (persoonlijke) melders telefonisch contact opgenomen. Aan twaalf van de dertien meldingen is inhoudelijk opvolging gegeven. Deze opvolging heeft in geen geval geleid tot het doorgeleiden van een melding aan een van de samenwerkende organisaties. Dit heeft te maken met:

- Doorlooptijd van een eerste melding, in contact komen en vragen stellen, ondersteuning bieden, analyseren en een besluit nemen over eventuele vervolgacties kan lang zijn. Meldingen waren over het algemeen niet direct bruikbaar. Aanvullende informatie was nodig om te achterhalen of sprake was van een vermoeden van fraude, oneigenlijk gebruik of een andere misstand in de zorg. Het contact bleek arbeidsintensief.
- Mensen willen vaak een luisterend oor en lijken minder geïnteresseerd in het aanpakken van fraude, oneigenlijk gebruik of andere misstanden in de zorg. Het geven van ondersteuning gaat geregeld over wat de melder verder kan ondernemen om de melding op de juiste plaats te krijgen. In de

contacten met de melder speelt het stimuleren van de eigen verantwoordelijkheid voor de melding een belangrijke rol.

- Het blijkt lastig om goede “bewijzen” te krijgen voor fraude of oneigenlijk gebruik. Een reden daarvoor is dat melders geen goed zicht hebben op wet- en regelgeving of wat wel en niet is toegestaan. Ook hebben melders doorgaans geen gewoonte gemaakt van het goed schriftelijk documenteren van zowel afspraken over zorg als over betaling.

6.1.3.2 Bevindingen 23.05.14 t/m 31.10.2014: Ontvangen meldingen tweede vragenlijst

Van 23 mei t/m 31 oktober 2014 heeft LOC 41 meldingen ontvangen, waarvan 29 met naam en toenaam en twaalf anoniem. De meldingen kwamen veelal van individuele zorggebruikers/familie in relatie tot een pgb. Ook meldingen over kwaliteit van zorg waarin sprake was van zorgverwaarlozing.

Van de twaalf anonieme meldingen waren tien meldingen - volgens het handelingsprotocol - niet toereikend genoeg en qua inhoud onvoldoende om daar opvolging aan te geven. Hieronder een overzicht van de anonieme meldingen waar LOC geen opvolging aan heeft (kunnen) ge(geven):

- Het niet nakomen van wettelijke regels uit de brochure (waar heeft u recht op);
- Zorgaanbieder maakt niet de uren die hij op basis van een zorgzwaartepakket moet maken;
- Buurvrouw heeft ten onrechte huishoudelijke hulp.

Aan de twee overgebleven anonieme meldingen heeft LOC wel opvolging gegeven. Een melding heeft LOC doorgegeven aan het Kenniscentrum Fraudebestrijding van ZN. LOC ontving een anonieme melding over een thuiszorg aanbieder. Melder meent dat zorgverlener ongeveer tien zorggebruikers - waaronder zijn ouders - met een pgb heeft. Hij verzorgt alleen op papier de zorg. Melder meent dat de zorgverlener de bankpasjes van zijn zorggebruikers beheert en afspraken heeft gemaakt om het toegekende pgb geld maandelijks met een 50/50 verdeling uit te keren.

Wat heeft LOC met de persoonlijke meldingen gedaan?

LOC heeft in deze periode 29 persoonlijke meldingen ontvangen. Met twintig melders is mail of telefonisch contact opgenomen, negen meldingen zijn nog onderhanden. Van de twintig meldingen heeft LOC vier meldingen doorgeleid. LOC heeft drie meldingen over dezelfde instelling doorgeleid aan de IGZ/LMZ. Deze collectieve melding zou een aanleiding kunnen zijn voor de IGZ om bijvoorbeeld een bezoek af te leggen. LOC heeft deze collectieve gecreëerd, door de eerste melder over deze zorgaanbieder te verleiden om andere betrokkenen in de instelling te bewegen om ook een melding te doen. Deze interventie heeft LOC gepleegd nadat de medewerker van LOC aanvoelde dat er mogelijk bij meer zorggebruikers problemen waren met de zorgaanbieder. De aard van de meldingen ging over een kleinschalig zorgbedrijf voor (jong)volwassenen met een licht verstandelijk handicap, psychische stoornis of geringe vorm van autisme. De meldingen van de drie melders hadden grotendeels te maken met ernstige zorgverwaarlozing. LOC heeft geen informatie ontvangen over wat er met de meldingen is gebeurd.

Bij een melding (over gesjoemel met PGB en het in rekening brengen van zorg die niet was geleverd) wilden melders persoonlijk contact met LOC om te zien of het doorgeven van informatie (declaraties en urenbriefjes) veilig zou zijn. LOC heeft dit verzoek niet aangenomen en contact met de ISZW opgenomen. De ISZW maakte vervolgens een afspraak met de melders en laten weten dat er formeel een interne melding is gemaakt om de zaak verder te onderzoeken.

Doorgeleiding meldingen:

Doorgeleiding samenwerkende organisatie	Aantal
NZa	3
IGZ/LMZ	4
ISZW	1
NOOM	1
Kenniscentrum Fraudebestrijding (ZN)	<i>1</i>

6.1.4 Rol cliëntenraden: Positie zorggebruikers versterken

Bijeenkomsten 'Besteding van zorggeld' door LOC en de NZa

LOC heeft in samenwerking met de NZa vijf succesvolle bijeenkomsten met cliëntenraden georganiseerd over besteding van zorggeld. De samenwerking met de NZa komt voort uit gesprekken tussen de NZa en LOC over onterechte bijbetalingen. LOC en de NZa denken dat cliëntenraden als min of meer onafhankelijke partij een rol kunnen spelen als het gaat om het opsporen en meedenken over oplossingen voor onterechte bijbetalingen. Bijvoorbeeld door informatiemateriaal te controleren en na te gaan bij de achterban waarvoor in de praktijk geld wordt gevraagd. Cliëntenraden zelf hebben daar – zo bleek tijdens de eerste bijeenkomsten – wel ideeën over. Zo moet de bestaande informatie zoals bijvoorbeeld de brochure 'Uw zorg in een Awbz-instelling', waarin onder meer beschreven staat wat er onder Awbz-zorg valt, wel overal bekend zijn. Ook mag de informatie volgens sommigen nog wel wat eenvoudiger worden opgeschreven. Een aanwezig cliëntenraadslid voelt er niets voor om *'als een politieagent door het huis te lopen om te kijken of de regels worden nageleefd'*. LOC vindt dat cliëntenraden een belangrijke taak hebben in de beoordeling van het financieel beleid van de zorginstelling. "Niet als politieagent, maar een raad moet zien wat er gebeurt en kan controleren of dat klopt." En als er zaken niet goed gaan: ga in gesprek met het bestuur.

"Als cliëntenraad moet je daarvoor in eerste instantie je formele positie kennen. Als de regels rondom bijbetalingen niet worden nageleefd, is het voor een cliënt of familielid lastig om net zo lang door te gaan tot hij gelijk krijgt. Dat vraagt een uithoudingsvermogen, die je van individuele zorggebruikers niet kunt verwachten, maar wél van een cliëntenraad!"

Uitkomsten van deze bijeenkomsten

- Cliëntenraden hebben meer inzicht in fraude en oneigenlijk gebruik.
- Bewustzijn en mogelijkheden in relatie tot besteding van zorggeld werd vergroot.
- Cliëntenraden maakten kennis met twee stappenplannen (uitleg onder kop brochure Zorg & Geld)
- Met aanwezige cliëntenraden op de bijeenkomsten zijn waar mogelijk afspraken gemaakt over de mogelijke rol van cliëntenraden bij onterechte bijbetalingen in de Awbz.

Brochure Zorg & Geld voor cliëntenraden

LOC heeft met input van cliëntenraden de brochure Zorg & Geld gemaakt. Voor cliëntenraden draagt deze brochure bij aan bewustwording, goede informatie, het nemen van verantwoordelijkheid en het samen werken aan verbeteringen over zorggeld vraagstukken. De brochure biedt twee stappenplannen voor cliëntenraden. Het stappenplan ‘waar gaat het geld naartoe’, over hoe je als cliëntenraad betrokken en geïnformeerd raakt over de financiën in een zorginstelling. En het stappenplan ‘inzicht in de extra diensten’, beschrijft de rol van cliëntenraden als het gaat om extra diensten en (onterechte) bijbetalingen in de zorg. Daarnaast komen in verschillende interviews mensen aan het woord die elk vanuit hun eigen rol met zorggeld te maken hebben. Samen met de stappenplannen leveren zij informatie, stellen ze vragen, komen met tips en handvatten om het onderwerp zorggeld op de agenda te zetten en op te pakken. De brochure gaat verder in op casussen over zorggeld vanuit de praktijk.

6.2 Landelijk Platform GGz

6.2.1 Algemeen



Het LPGGz heeft het meldpunt ingericht op de site www.meldjezorg.nl. Via de nieuwsbrief van het LPGGz en via www.platformggz.nl is het loket onder de aandacht gebracht van de achterban. Daarnaast is vanaf maart 2014 het panel van Meldjezorg (circa 800 personen) in etappes benaderd met een uitnodiging om mee te doen met de meldactie. Gedurende het project zijn nieuwe oproepen verschenen in de nieuwsbrief van het LPGGz.

De vier regionale bijeenkomsten die het LPGGz in het kader van het project zou uitvoeren hebben niet plaatsgevonden. Aangezien de ervaring tijdens het project was dat de individuele (informatie)positie van zorggebruikers zo zwak is, is besloten om een of twee mini-handreikingen of checklists te ontwikkelen voor individuele zorggebruikers. Een voorbeeld is dat zorggebruikers tips en voorbeelden krijgen hoe zij bij onduidelijke declaraties extra informatie bij de zorgaanbieder kunnen opvragen of de zorgverzekeraar kunnen vragen nader onderzoek in te stellen. Deze hulpmiddelen zullen ook na het project zorgfraude nuttig blijven. Verspreiding zal plaatsvinden via de website en via medewerkers van meldpunten, informatiepunten e.d. De NZa is betrokken geweest bij de ontwikkeling van dit materiaal.

6.2.2 Kwantitatieve bevindingen LPGGz

Het LPGGz heeft in de periode februari 2014 tot en met oktober 2014 in totaal 94 meldingen ontvangen, waarvan 23 anoniem. Omdat het aandeel anonieme meldingen voor de gezamenlijke deelnemende organisaties hoog was, is tussentijds de vragenlijst nog aangepast met de bedoeling mensen meer

uit te nodigen hun gegevens prijs te geven. Het percentage anonieme meldingen bij het LPGGz was al laag in vergelijking met de andere deelnemende organisaties en is na aanpassing van de vragenlijst nog minder geworden. Mogelijk speelt het feit dat Meldjezorg (het meldpunt van LPGGz) al bekend was bij veel melders een rol dat men minder gauw anoniem een melding deed. Van de bij het LPGGz binnengekomen meldingen hadden 27 betrekking op fraude, eveneens 27 op oneigenlijk gebruik en 40 op misstanden in de zorg. Bij 46 melders is er naar aanleiding van de melding vervolcontact geweest; soms eenmalig maar bij diverse melders uitgebreid en vaker.

Alle niet-anonieme melders die contact wensten hebben een mail ontvangen met ontvangstbevestiging en indien nodig (bijna altijd) verzoek om een toelichting (kopie documenten/verzoek om een afspraak). Bij anonieme melders was contact niet mogelijk.

6.2.3 Kwalitatieve bevindingen LPGGz

Het merendeel van de meldingen is binnengekomen via het vragenformulier op de website. Alle meldingen zijn na binnenkomst opgenomen in het interne registratiesysteem waarin aanvullende informatie werd genoteerd en acties voor opvolging werden bijgehouden. Ook de telefonisch meldingen zijn toegevoegd. Wanneer meldingen niet anoniem waren, heeft in bijna alle gevallen navraag plaatsgevonden. Melders is gevraagd hun melding toe te lichten en/of nadere documentatie te verzamelen en toe te sturen. Ook is vanuit Meldjezorg geregeld onderzoek gedaan naar regelingen die op de melding betrekking zouden kunnen hebben. Deze vervolacties op meldingen waren arbeidsintensief. Vaak heeft de correspondentie over een melding nog weken of maandenlang geduurd.

Met het oog op zorgvuldige omgang met de gegevens, zijn binnen het project een aantal afspraken gemaakt (o.a. versleutelde verzending van documenten). Omdat deze afspraken in het verlengde liggen van de wijze waarop het LPGGz in het algemeen met persoonlijke informatie van derden/leden omgaat, is geen separaat privacy protocol opgesteld.

Bespreking van meldingen heeft vooral intern plaatsgevonden in overleg tussen de medewerker Meldjezorg en de beleidsmedewerker. De meldingen hebben veel interessante signalen opgeleverd, maar geen dossiers die formeel doorgeleid zijn naar bevoegde instanties. In vijf gevallen is vanuit Meld je Zorg contact over een melding gelegd met NZa, zorgkantoor of zorgverzekeraar om zaken te controleren. De uitkomst van dat overleg werd dan teruggekoppeld aan de melder met advies voor vervolacties. In andere gevallen gaf Meld je Zorg rechtstreeks advies aan de melder voor vervolacties richting zorgaanbieder of zorgverzekeraar. De doorlooptijd van eerste melding, aanvullende informatie aanvragen, analyseren, advies geven over vervolacties en terugkoppeling van resultaten was meestal vrij lang.

Foutieve nota's

Uiteindelijk zijn zeker twaalf nota's aangepast of heeft de zorgaanbieder beloofd deze aan te passen. Deze aanpassingen kwamen tot stand na melding bij de zorgverzekeraar of bij de zorgaanbieder (bv behandelaar, leidinggevende, klachtencommissie) zelf. In drie gevallen heeft de zorgaanbieder de fac-

tuur pas aangepast na contact van de melder op het niveau van Directie/RvB. In twee gevallen is een zorgverzekeraar naar aanleiding van een melding nader onderzoek bij de zorgaanbieder gestart. Mogelijk ligt het aantal bijgestelde nota's hoger. Er zijn ook melders die geen update meer geven. In twintig gevallen bleek bij nadere analyse de zorgnota formeel te kloppen, maar riep deze wel vragen op: onnodige afspraken, doorberekening van eigen risico terwijl sprake was van een verkeerde verwijzing of van bemoeizorg/crisis zorg. Tot slot twee voorbeelden van concrete resultaten.

- “Naar aanleiding van het invullen van de enquête (als panel lid) was ik getriggerd om wat dieper te graven in de declaraties van de ggz zorgaanbieder (verrichtingen in 2013, gedeclareerd in november 2014) waar mijn zoon wordt behandeld. Deze worden rechtstreeks ingediend bij zijn zorgverzekering FBTO. We zagen in Mijn FBTO geen specificatie van een grote declaratie en een vreemde lijst met onderzoeken op 2 data die niet op hem konden slaan. De verzekering is er achter aan gegaan en wat blijkt, er is onterecht gedeclareerd door de ggz zorgaanbieder!!!! Het gaat maar liefst om een groot bedrag van twee rekeningen: eentje van € 403,72 en de andere € 1.341,64. Dank voor jullie enquête, waardoor ik dit probleem heb kunnen oplossen. De verzekering gaat dit rechte trekken en er komt een herberekening van zijn eigen risico.”
- “Ik ben in behandeling bij vrijgevestigde psychotherapeut wegens (ernstige) psychische klachten. Tijdens crisis buiten kantooruren met grote ggz zorgaanbieder, crisisdienst contact gehad. Het was een tel. contact. Later kreeg ik een declaratie van zorgverzekering een rekening (eigen risico), incl. inzage van bedrag dat GGz zorgaanbieder had gedeclareerd. Het was een enorm hoog bedrag. Het verbaasde mij enorm want kon niet geloven dat het tel. contact zoveel kosten met zich mee had gebracht. Na meerdere tel / mails met ggz zorgaanbieder (duurde enorm lang voordat ik werd teruggebeld, ik was er bijna mee gestopt omdat het zoveel energie kostte) hadden ze uiteindelijk aangegeven dat ze verkeerd hadden gedeclareerd. Ik ben bezorgd, want ik heb er heel erg achter aangezet. Ik durf met zekerheid te zeggen dat lang niet iedereen doet en ik vrees heel erg dat dit soort fouten vaker worden gemaakt. Het is jammer en zorgwekkend dat men op goede zorg binnen de ggz steeds meer wil bezuinigen terwijl er onjuist gedeclareerd wordt. Ik vermoed dat er enorm veel geld bespaard kan worden door correct te declareren.”

Relatie met externe partners

Het LPGGz heeft eind juni contact met de NZa gelegd voor een apart overleg, omdat het LPGGz als enige partner in het project veel meldingen over de zorgverzekeringswet kreeg en dit aparte aandacht nodig heeft. Op basis van de tussentijdse analyse en het overleg daarover met NZa is besloten hulpmiddelen te ontwikkelen om de (informatie)positie van individuele zorggebruikers te versterken.

Het LPGGz heeft zeer regelmatig overleg gevoerd met de andere deelnemende organisaties over de aard van de meldingen en de vervolgacties. Deze samenwerking hebben wij zeer gewaardeerd. Waar het in het begin zoeken was vanwege de eigen aard en taken van de organisaties, bleek in een later stadium de regelmatige uitwisseling en discussie vooral tot steun te zijn. Gaandeweg kwamen gemeenschappelijke thema's steeds duidelijker aan het licht, zoals:

- Het feit dat onvrede met de kwaliteit van geleverde zorg vaak aanleiding is om kritisch te kijken naar de kosten en vervolgens een melding te doen.
- Het belang om meldingen kritisch en zorgvuldig te beoordelen. Sommige melders willen vooral persoonlijke onvrede kwijt en/of gebruiken het meldpunt voor zaken waarvoor het niet bedoeld is.
- Het gebrek aan transparantie in de financiering van de zorg, waardoor gevallen van zorgfraude of oneigenlijk gebruik moeilijk op te sporen of te onderbouwen zijn.

Een van de conclusies van het project is dat een directe werkrelatie met medewerkers van toezicht - en opsporende organisaties helpt bij het tegengaan van fraude en oneigenlijk gebruik. Het LPGGz heeft vooral met de NZa tijdens dit project een dergelijke werkrelatie opgebouwd. Dit heeft geleid tot samenwerking bij de ontwikkeling van hulpmiddelen om de informatiepositie van zorggebruikers te versterken. Deze werkrelatie maakt het bovendien makkelijker om in het vervolg contact te hebben over nieuwe meldingen ofwel om meldingen op een goede manier door te geleiden naar de NZa.

Inhoudelijk overzicht van meldingen bij LPGGz voor project zorgfraude

1. Moeilijk om harde casussen te krijgen

Circa een kwart van de meldingen is anoniem binnengekomen. Het is bijna onmogelijk om iets met die meldingen te doen. Naar verhouding is het aantal anonieme meldingen wel afgenomen naarmate het project vorderde. Ook is er een beperkt aantal meldingen waar weinig mee te beginnen valt, omdat het niet meer dan hartenkreten zijn. En zijn er meldingen die op andere zaken als fraude of oneigenlijk gebruik betrekking hebben: slechte bejegening of onzorgvuldige omgang met medisch dossier.

Als meldingen niet anoniem zijn en er wordt verdere documentatie opgevraagd, lukt dat niet altijd. De persoon in kwestie reageert niet meer of geeft soms aan dat betreffende documenten kwijt zijn of dat de energie ontbreekt om er achteraan te gaan. Feit is dat nogal wat GGz-cliënten problemen hebben met hun eigen administratie, dus dat is een extra obstakel. Ook het feit dat men nog afhankelijk is van de betreffende hulpverlener maakt een enkele keer dat een melder ervan afziet om zijn of haar melding door te zetten. Belangrijkste motivatie om te melden lijkt te zijn: onvrede met de kwaliteit van de geleverde zorg. Vanuit deze onvrede kijken mensen kritisch naar de kosten en komen vervolgens met meldingen van vermoedens van fraude of oneigenlijk gebruik. Sommige meldingen lijken uitsluitend voort te komen uit onvrede met de kwaliteit van zorg: de bekostiging is volgens de regels gegaan, maar de cliënt heeft wel het gevoel dat de geleverde zorg het geld niet waard was of zelfs averechts heeft gewerkt. Een groot deel van meldingen had betrekking op de Zorgverzekeringswet. Het feit dat mensen bij te hoge kosten ook in hun eigen portemonnee getroffen worden (eigen risico), stimuleerde ook om te melden.

2. Ondoorzichtigheid

Er is in het algemeen veel onduidelijkheid over kosten in de zorg, regelingen voor eigen risico's, eigen bijdragen, enzovoort. Zorggebruikers weten vaak niet wat zij zelf wel of niet moeten betalen, en waarom. Een melder vatte de situatie als volgt samen: 'Zorgverzekeraar weet niet welke zorg feitelijk geleverd is en patiënt ziet niet wat er gedeclareerd is.'

3. Weinig zorg hoge kosten

Er zijn diverse meldingen van onverklaarbaar hoge kosten: een intakegesprek, 1500 euro; 10 minuten intake, 900 euro, enzovoort. Een van deze zaken is opgepakt door de zorgverzekeraar die machtiging heeft gevraagd voor medisch adviseur om gegevens in te zien. In een aantal gevallen is een nota herzien, nadat de cliënt – al of niet na advies van Meld je Zorg – bezwaar had aangetekend.

Vragen naar aanleiding van meldingen

- Het onderscheid tussen intake en behandeling lijkt soms onduidelijk te zijn. Dit kan ertoe leiden dat de zorgverlener een behandeling declareert, terwijl de zorggebruiker de indruk heeft dat er alleen nog maar een intake heeft plaatsgevonden.
- Wanneer een behandeling snel na de start stukloopt, volgt soms toch een hoge rekening op basis van de (dure) DBC die voor de behandeling geopend is.

Een variant die meermalen gemeld is, is dat hoge kosten voor een psychiater in rekening zijn gebracht, terwijl de feitelijke hulp (vooral) door een verpleegkundige of psychotherapeut is geleverd.

Ook zijn er meldingen over de gehanteerde tariefgroep. De indruk bestaat nogal eens dat een behandelbaar extra indirecte tijd opvoert om in een hogere tariefgroep te komen. Het werken met tariefgroepen en met vergoeding van indirecte tijd terwijl daar geen duidelijke normen voor beschikbaar zijn, is sowieso fraudegevoelig.

Niet geleverde zorg of slechte kwaliteit van zorg

Uit sommige meldingen blijkt dat zorg niet geleverd is/wordt:

- Zorggebruiker krijgt geen contact met verpleegkundig specialist, hoewel in behandelplan sprake is van elke twee weken contact.
- Een huisbezoek dat niet heeft plaatsgevonden.
- Onderzoeken die niet hebben plaatsgevonden.
- Bij verblijfszorg (zorgzwaartepakket): er is een indicatie (en betaling) voor zorg inclusief dagbesteding, maar de zorggebruiker maakt geen gebruik van de dagbesteding. Dat de zorggebruiker daar geen gebruik van maakt kan verschillende redenen hebben, waaronder gebrek aan een goed aanbod. In het algemeen zijn er meldingen over verwaarlozing en minimale zorg binnen verblijfsafdelingen. Ook over uren begeleiding waar men volgens het zzp recht op heeft maar die niet worden geleverd.
- Er zijn ook meldingen die in eerste instantie erg sterk leken, maar in nader contact met melder bleek dat er toch meer zorg geleverd was dan eerst werd verondersteld.

Zorg onder dwang

Er zijn diverse meldingen van mensen die ongevraagd/gedwongen hulp hebben ontvangen, waarvoor zij vervolgens eigen risico moeten betalen. Een aantal varianten:

- gedwongen indicatie onder dreigen van curatele;
- bij (ontrechte) arrestatie door politie zonder overleg psychiater ingeschakeld; hoge rekening.

Eigen bijdragen GGz

Een aantal meldingen heeft nog betrekking op de eigen bijdrage GGz in 2012. Er is sowieso verantwoordelijkheid over die GGz-specifieke eigen bijdrage. Daarnaast:

- onduidelijkheid of betreffende behandeling wel valt onder 2012, omdat behandeling pas feitelijk in 2013 begon (in 2013 was eigen bijdrage GGz weer opgeheven);
- melding twee DBC's (en tweemaal eigen bijdrage), terwijl sprake was van een korte behandeling;
- eigen bijdrage voor uitschrijven herhaalrecepten.

Positie cliënt of budgethouder in geval van fraudesignalering

De positie van de zorggebruiker of budgethouder in geval van fraudesignalering is in het algemeen zwak. Dat heeft meerdere redenen:

- Het bekostigingssysteem in de zorg is complex en voor veel mensen ondoorzichtig. Bekostiging gaat vanuit verschillende domeinen: Awbz (straks WLZ), Zvw, Wmo. De regelingen voor eigen risico en eigen betalingen/bijdragen zijn niet eenvoudig. Als mensen in de eigen portemonnee getroffen worden is dat vaak een trigger om fraude te melden, maar voor veel mensen is het lastig vast te stellen of een eigen betaling wel of niet terecht is.
- Om een vermoeden van fraude om te zetten in een concrete melding is het nodig om over relevante documenten te beschikken. Mensen hebben die documenten niet altijd, omdat ze documenten niet ontvangen hebben of omdat ze hun eigen administratie niet op orde hebben (problemen met ordening administratie hangen vaak ook samen met de aard van de aandoening).
- Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn vaak niet toeschietelijk om mensen te helpen die vragen hebben over onduidelijke nota's. Een voorbeeld is dat mensen van hun verzekeraar wel een overzicht van declaraties krijgen, maar geen afschriften van de oorspronkelijke nota's die de aanbieder bij de verzekeraar heeft ingediend. Om meer informatie te krijgen of om zaken recht te zetten vereist veel vasthoudendheid van de zorggebruiker.
- Nota's zelf zijn niet altijd inzichtelijk, bijvoorbeeld omdat er ondoorzichtige codes op staan. In ieder geval in de GGz geldt dat veel aanbieders hun zorggebruikers standaard een verklaring laten tekenen dat zij geen diagnose specifieke informatie op de factuur willen. Argumenten van privacy voor de zorggebruiker en belang aanbieders tegen teveel transparantie lopen dan door elkaar.
- Het onderscheid tussen directe uren (zorg contact hulpverlener-zorggebruiker) en indirecte uren (overleg hulpverleners, consultatie, bijwerken zorgplan enzovoort) is voor de zorggebruiker niet helder. Bovendien ontbreken harde criteria voor de verhouding directe-indirecte uren.
- Het feit dat iemand nog afhankelijk is van de betreffende hulpverlener/zorginstantie maakt soms dat hij/zij ervan afziet om door te vragen of een melding of klacht door te zetten.

Perverse prikkels in het systeem

- Bij verblijf: meldingen over restricties voor verlof die niet inhoudelijk maar alleen financieel gemotiveerd zijn. Verlof past prima in iemands behandeling, maar zorgaanbieder krijgt minder geld, dus verbiedt verlof.

- CIZ-indicatie wordt zonder overleg en zonder reden verhoogd door de zorgaanbieder.
- Behandeling in kader Zvw: andere, zwaardere diagnose toegekend omdat dit meer geld oplevert.
- Het werken met tariefgroepen nodigt uit om cliënt soms net iets meer zorg te leveren dan nodig is.

Medicijnen

Geen fraudezaken, mogelijk wel zaken waarin sprake is van oneigenlijk gebruik of verspilling:

- Zowel huisarts als apotheker brengen kosten in rekening bij herhaalrecepten, terwijl het om routine gaat (assistent huisarts handelt dit af). Persoon krijgt declaraties niet te zien, maar betaalt wel tweemaal eigen risico.
- Wisselende eigen bijdragen bij identieke herhalingsrecepten (door fout in computersysteem?)
- Zorggebruiker krijgt alleen generiek medicijn vergoed, maar dit heeft allerlei nadelen (bijwerkingen, verkeerde dosis). Hierdoor moet zij zelfmedicatie betalen.

Eerste en tweede lijn GGz

Er is onvoldoende helderheid wanneer/waarom mensen naar eerste of tweede lijn verwezen worden.

Er is minstens één melding dat iemand tegen eigen wens naar de tweede lijn is doorverwezen.

Overig

- Financiële bewindvoering geeft geen financiële overzichten meer, omdat ze kwijt zijn.
- Klacht over wachtlijsten en dat mensen niet worden doorverwezen naar behandelaren die nog geen wachtlijst hebben.
- Zorggeld voor mensen zonder ziekte? Cursus voor zorggebruikers en niet-zorggebruikers over integratie. Opzet is zodanig dat iedereen zich kan inschrijven. Theoretisch is het mogelijk dat alleen niet-zorggebruikers deelnemen. Onduidelijk is (nog) hoe deze cursus bekostigd wordt.
- Onjuist WTCG - bedragen in verband met peildatum twee jaar terug.
- Hulp aan familie alleen gegeven wanneer zij ook diagnose voor een psychische stoornis krijgen.

Samenvatting

Meldactie heeft bij het LPGGz geen of bijna geen harde gevallen van fraude opgeleverd. Dit komt omdat zorgfraude sowieso moeilijk hard te maken is. De vorm – landelijk meldpunt – is misschien ook minder geschikt om dossiers intensief uit te pluizen. Dat laatste is in de praktijk wel nodig. De meldactie geeft wel veel informatie over de slechte informatiepositie van zorggebruikers en de ondoorzichtigheid van het hele systeem van bekostiging en verantwoording. De meldactie geeft ook veel informatie over perverse prikkels in de zorg die kunnen leiden tot strategisch gedrag en oneigenlijk gebruik bij zorgaanbieders. Ten slotte heeft de meldactie veel signalen opgeleverd over slechte kwaliteit van zorg. De meldactie geeft aanleiding om te kijken hoe we de positie van individuele zorggebruikers kunnen versterken. Het verdient overweging om een lijst met tips en voorbeeldbrieven te maken voor zorggebruikers die twijfels hebben bij declaraties. Ook is het goed om ondersteuning te blijven leveren aan zorggebruikers die geconfronteerd worden met onduidelijke zorgnota's. De meldactie geeft ook aanleiding voor kritische opmerkingen aan het adres van met name zorgverzekeraars, zorgkantoren en NZa. Zij treden in de praktijk nog nauwelijks op als belangenbehartiger voor verzekerden.

6.3 NOOM



6.3.1 Algemeen

Ook NOOM heeft volgens het projectplan een meldpunt ingesteld, maar al spoedig bleek dat oudere migranten daar geen gebruik van wilden maken. Enerzijds door onvoldoende kennis en communicatieve vaardigheden, anderzijds ook uit schaamte en bang voor repercussies. Om die redenen koos NOOM voor een andere aanpak. De aanpak van NOOM was anders gezien de doelgroep: oudere migranten met weinig kennis van het zorgsysteem en weinig toegang tot reguliere hulpverlening. In de eerste fase van het project (januari 2014 t/m juni 2014) is gewerkt aan informatieverstrekking en bewustwording.

Informatievoorziening en deskundigheidsbevordering

Informatievoorziening en deskundigheidsbevordering was een belangrijk onderdeel voor NOOM in dit project. De training van de vrijwilligers vond plaats op 11 maart 2014. De aanvankelijk geplande workshops zouden in verband met de duur van het project niet tijdig kunnen plaatsvinden. Daarom is toestemming gevraagd en verkregen om de twee workshops samen te voegen tot een studiedag die op 16 april 2014 is georganiseerd ter voorbereiding van de voorlichtingsbijeenkomsten in eigen kring. De studiedag was gericht op bewustwording, informatie verstrekking en verantwoordelijkheid nemen. De studiedag werd door 81 vrijwilligers bezocht. In mei 2014 werden acht voorlichtingsbijeenkomsten in eigen kring georganiseerd, die ruim 250 belangstellenden trok. Bij de informatievoorziening is ook de ontwikkeling van de handleiding meegenomen en aan het informatiepakket van de voorlichtingsbijeenkomsten toegevoegd. Op grond van de acht voorlichtingsbijeenkomsten is er een evaluatieverslag geschreven. Er bleek veel behoefte aan goede informatie om fraude te herkennen en de doelgroep te behoeden voor verdere misstanden.

De studiedag en de acht voorlichtingsbijeenkomsten hebben de doelgroep bewust gemaakt van fraude aanpak en waren een eerste poging hen te bewegen fraude te melden. Dat bleek toen een brug te ver omdat ze zich nog onvoldoende veilig voelden. Wat wel werd bereikt is dat de doelgroep alert is geworden om slachtoffer te worden.

6.3.2 Kwantitatieve bevindingen NOOM

1e fase (januari - juni 2014) gericht op: Informatie, bewustwording en verantwoordelijkheid

	Bijeenkomsten	Deelnemers	Casussen
Studiedag 16 april alle groepen	2 workshops	81	-
Voorlichtingsbijeenkomsten in eigen kring (mei)	8	250	-

2e fase (augustus - oktober 2014) gericht op daadwerkelijk melden

	Bijeenkomsten	Deelnemers	Casussen
Turken	3	46	33
Molukkers	2	60	-
Chinezen	1	21	2
Vluchtelingorganisaties	4	86	7
Hindoestanen	1	73	5
Marokkanen	3	94	20
Surinamers	1	20	1
Antillianen	3	67	10
	18	467	78

In de plaats van het meldpunt heeft NOOM in de tweede fase, vertrouwenspersonen geïnstrueerd om tijdens informatiebijeenkomsten casussen te verzamelen bij de deelnemers. De vertrouwenspersonen spraken de taal en waren op de hoogte van het onderwerp. Daar toe hadden ze een instructies en een informatiepakket van NOOM ontvangen.

- Door de Turken werden drie bijeenkomsten georganiseerd, waaraan 46 personen deelnamen. Door inzet van extra vertrouwenspersonen leverde dat 33 casussen op.
- Door de Molukkers werden twee bijeenkomsten georganiseerd, waaraan 60 personen deelnamen.
- De Chinezen organiseerden een bijeenkomst met 21 personen en dat leverde twee casussen op. De bijeenkomst was in het Chinees vertaald en in hun landelijke krant is opgenomen.
- De vluchtelingenorganisaties organiseerden vier bijeenkomsten, die door 86 personen werden bijgewoond. Totaal werden zeven casussen opgeschreven.
- De Hindoestanen organiseerden een bijeenkomst met in totaal 73 deelnemers. Dit leverde vervolgens vijf casussen op.
- De Marokkanen organiseerden drie bijeenkomsten met totaal 94 deelnemers. Hier werden twintig gevallen opgeschreven.
- De Surinamers en Antillianen organiseerden vier bijeenkomsten met 87 personen. Er werden tien casussen genoteerd.

Samenvattend werden er 18 bijeenkomsten georganiseerd, die bezocht werden door 467 deelnemers, waarbij er 78 gevallen zijn genoteerd. Veel gevallen betroffen misstanden (slechte kwaliteit en onheuse bejegening) gevoelens van onvrede en niet goed weten wat de regels zijn. Samen met onze partners willen we deze beschrijvingen goed doornemen om te analyseren wat er verder mee te doen. Pas aan het eind van het project kwam het besef wat fraude of oneigenlijk gebruik is pas los. Een aantal serieuze gevallen zullen we ook na de projectperiode proberen te verrijken om aan te geven bij de autoriteiten. Om met deze kennis en ervaring wat te doen blijven wij deze materie onder de aandacht brengen van onze doelgroep. Mede om verdere slachtoffers te helpen voorkomen.

6.3.2 Kwalitatieve bevindingen NOOM

De meldingen betroffen veel hartenkreten over de slechte kwaliteit van zorg; over slechte bejegening en onvoldoende aandacht voor hun eigen wensen. De aanpak met vertrouwenspersonen in combinatie met de informatiebijeenkomsten heeft de diverse migrantengroepen bewuster gemaakt wat mag en wat niet mag. Daardoor durven ze er ook meer over te praten. Opvallend is dat er in de regio Twente relatief veel budgethouders slachtoffer zijn geworden van malafide aanbieders van zorg. De zorgverzekeraar aldaar heeft in overleg met de letselschade specialist, budgethouders geadviseerd om aangifte te doen tegen de malafide aanbieders.

Zodoende kon de zorgverzekeraar de malafide aanbieders aanpakken in plaats van de budgethouders. Deze zorgverzekeraar is ook bereid om de malafide bureaus door te geven indien er in de media hierover is gepubliceerd.

Onze letselschadespecialist heeft toegezegd om nog in januari 2015 casussen aan te leveren waaruit instanties lering kunnen trekken om fraude in de toekomst te voorkomen. De lid-organisaties van NOOM zullen zich ook na de projectperiode blijven inzetten om hun achterban te ondersteunen om fraude gevallen te melden.

Serieuze meldingen van fraude

In de tweede fase van het project (augustus t/m oktober 2014) heeft NOOM het accent gelegd om serieuze gevallen van fraude daadwerkelijk te melden. Daartoe werd een stappenplan ontwikkeld om een veilige omgeving te creëren voor de melder via een vertrouwenspersoon, die daartoe speciaal door onze partners en eigen ervaringsdeskundigen werden geïnstrueerd. NOOM zocht daarbij o.a. samenwerking met de vrijwilligers van LOC, die hierin veel expertise hebben.

Voor de doelgroep migranten bleek het van belang om ze te overtuigen dat melding noodzakelijk is om fraude aan te kunnen pakken. Het bleek dat (oudere) migranten zeer bang waren voor repercussies en ook onvoldoende de weg wisten te vinden om te melden. In deze tweede fase van de NOOM aanpak werd op 12 augustus 2014 een instructiebijeenkomst georganiseerd voor vertrouwenspersonen van de lid-organisaties van NOOM. Deze bijeenkomst was er op gericht om de vertrouwenspersonen voor te bereiden om tijdens de informatiebijeenkomst signalen op te pakken om concrete meldingen te doen. Hiertoe moest ook een “veilige” omgeving voor de melder worden gecreëerd.

Eventuele meldingen wilden de vertrouwenspersonen niet via NOOM doen. Daarom werd gekozen om de meldingen via onze samenwerkende partners (bijvoorbeeld Per Saldo en LOC) te laten verlopen. Aan deze informatiebijeenkomsten namen ook vertrouwenspersonen van de ouderenafdeling van Vluchtelingenorganisaties aan deel. Bij deze groep blijken ook veel schrijnende gevallen voor te komen, net als bij de Turken en Marokkanen.

Bespreken fraudegevallen

Met Per Saldo werden afspraken gemaakt om de fraudegevallen door hun jurist te laten bekijken. Deze afspraak vond plaats op 17 oktober 2014 met een letselschadespecialist te Enschede. Om meer zicht te

krijgen op de soort fraude gevallen heeft deze specialist voorgesteld om een digitale enquête te starten onder zijn collega's in het land. Ook gaf hij suggestie mee om een overeenkomst op maat af te sluiten tussen budgethouder en zorgaanbieder. Dat voorkomt later veel gedoe. Deze letselschadespecialist deed ook de toezegging om een aantal geanonimiseerde gevallen als voorbeeld op te zullen sturen. Omdat er in de regio Twente relatief veel Turkse migranten slachtoffer waren geworden van malafide bureaus, bracht hij ons direct in contact met de zorgverzekeraar aldaar. De afdeling fraudebeheersing van deze zorgverzekeraar was bereid om hun ervaringen met ons te delen. Budgethouders zijn verantwoordelijk voor de ontvangen pgb. Door allerlei trucjes hebben ze malafide bureaus gemachtigd om de middelen te incasseren, maar er staan geen of onvoldoende prestaties daar tegenover. Bij controle moet dan de budgethouder de ontvangen pgb terugbetalen, wat ze niet kunnen met een bijstandsuitkering. Als ze aangifte doen van de fraude is de zorgverzekeraar bereid om af te zien van terugvordering bij de budgethouder en gaat ze de zorgaanbieder juridisch aanspreken.

In de gemeente Hengelo is er een "adviescommissie fraude in de zorg" opgezet. Een van onze vertrouwenspersonen is gevraagd om in deze commissie te participeren. In de gemeente Rotterdam is er een "Taskforce slachtofferhulp Rijnmond" in het leven geroepen. Na raadpleging van NOOM zal contact worden opgenomen met het meldpunt fraude van het Ministerie van VWS om samenwerking.

LOC had het lumineuze idee om de cliëntenraden meer bij dit project te betrekken. Daartoe heeft LOC een handboek samengesteld, waarin een aantal interviews staan, hoe partners in dit project samenwerken. Belangrijk is de vraag of cliëntenraden er op bedacht moeten zijn, dat men binnen andere culturen anders omgaat met dit gevoelige onderwerp. NOOM heeft graag meegedaan aan deze kennisuitwisseling.

6.4 Per Saldo

PerSaldo

6.4.1 Algemeen

Belangrijkste afspraak uit de handleiding die is opgesteld voor dit project was het openstellen van een 'eigen' meldpunt voor alle vijf projectpartijen en het in eigen beheer verwerken van de meldingen. Het projectbeheer daarentegen is gezamenlijk ingericht. Per Saldo heeft de verwerking verzorgd van de Spidox registratie en de partijen van rapportages voorzien. De rapportage bestond uit bron informatie en (beperkt) uit analysetabellen. Binnen de beperkte mogelijkheden heeft deze wijze van registreren en rapporteren voldaan en is zicht verkregen op aantallen en aard van de meldingen.

Het projectbeheer is eenvoudig van opzet geweest. Het digitale registratiesysteem Spidox biedt mogelijkheden om de meldingen te transporteren naar een Excel bestand. Dit gebeurt '1 op 1' (samenvoegen van de formulier gegevens) maar genereert nauwelijks overzichtsgegevens over de binnengekomen meldingen. Mede daardoor is het bestuderen van de meldingsverhalen en het nabellen en opvolgen van meldingen, een arbeidsintensieve zaak gebleken.

Met het oog op zorgvuldige omgang met de gegevens, zijn binnen het project een aantal afspraken gemaakt (o.a. versleutelde verzending van documenten).

Omdat deze afspraken in het verlengde liggen van de wijze waarop Per Saldo in het algemeen met persoonlijke informatie van derden/leden omgaat, is geen separaat privacy protocol opgesteld. Per Saldo heeft een privacy protocol voor de uitvoering van haar reguliere activiteiten.

6.4.2 Kwantitatieve bevindingen Per Saldo

Per Saldo heeft in totaal 180 meldingen ontvangen, waarvan 108 op naam en 72 anoniem. Deze zijn binnengekomen via de digitale vragenlijst, als ook via de telefoon, als mensen liever via die weg wilden melden. Hier zitten ook dubbele meldingen bij, omdat het in de categorie anonieme meldingen lastig is de dubbele meldingen er uit te halen. Bij 87 van deze persoonlijke meldingen is het gelukt om contact op te nemen met de melder. Na verrijking van de meldingen heeft Per Saldo 58 keer aan melder geadviseerd om contact op te nemen met instanties voor verder onderzoek. Dit betrof 36 maal een zorgkantoor, achtmaal de IGZ (waaronder het Landelijk Meldpunt Zorg), zevenmaal de NZa, tweemaal de SVB, tweemaal de politie, eenmaal het CIZ, eenmaal het UWV en eenmaal de ISZW. Daarbij kan het volgende worden aangetekend:

- Er kan per melding met meerdere instanties contact zijn geweest;
- In veel gevallen heeft melder zelf contact met instanties gelegd, soms ondersteund door Per Saldo;
- Een flink aantal meldingen gaat (ook) over onvoldoende kwaliteit van zorg.

Van de per 1 augustus 2014 in totaal op naam ontvangen meldingen is er in ruim de helft (50%) van de gevallen contact geweest met instanties als het zorgkantoor, IGZ, NZa en de Sociale Verzekeringsbank (SVB). In verreweg de meeste gevallen is het contact gelegd door de melder zelf; zo nodig ondersteund vanuit Per Saldo. Hieronder een overzicht van de kwantitatieve gegevens.

Aantal meldingen	180
Waarvan anoniem	72
Doorgezet op project meldlijn	87
Na onderzoek doorgezet naar instanties als zorgkantoor, FIOD, NZa en de IGZ	58

6.4.3 Kwalitatieve bevindingen Per Saldo:

Het merendeel van de meldingen is binnengekomen via het vragenformulier op de website. Alle meldingen zijn na binnenkomst opgenomen in het interne registratiesysteem (Excel), waarin aanvullende informatie werd genoteerd en acties voor opvolging werden bijgehouden. Ook de telefonisch ontvangen meldingen (en eenmaal een anonieme brief per post) werden daaraan toegevoegd. Ongeveer de helft van de meldingen is anoniem gedaan. De met het oog op deze anonieme meldingen aangepaste vragenlijst heeft niet de gewenste verbetering gebracht; het aantal anonieme meldingen (bij Per Saldo) is slechts licht verminderd nadat de vragenlijst was veranderd.

Ervaringen meldingen en melders

De ervaringen in de totale project periode zijn redelijk consistent als het gaat om de aard en het onderwerp van de meldingen, de wijze waarop het verhaal gedaan wordt en welke oplossingen mogelijk zijn. Slechts weinig meldingen zijn op voorhand goed te duiden. Ook bij het telefonisch contact blijkt het tijd te kosten om het verhaal op hoofdlijn helder te krijgen en een eerste inschatting te maken van aard en ernst.

In een flink aantal gevallen bleek een gesprek tussen medewerker van het meldpunt en de melder te gaan over regels in relatie tot declareren, rechten en plichten van budgethouder en zorgverlener en zorgen over geleverde kwaliteit en omvang van zorg. Het bleek lastig om bewijzen van frauduleuze praktijken te verzamelen. De enkele malen (op verzoek) toegezonden facturen waren vaak niet als zodanig bruikbaar. In een meningsverschil over niet-geleverde, maar wel gedeclareerde zorg staat al gauw ‘het ene verhaal tegenover het andere’. Wederhoor behoort niet tot de (project)rol van de cliëntenorganisatie, c.q. van Per Saldo.

Veel melders gaven aan zich gesteund te voelen door het gesprek met de medewerker van het meldpunt om daarna de contacten met deze instanties zelf te kunnen opnemen of te vervolgen. Een deel van de melders haakt af als doorgevraagd wordt of om onderbouwende informatie wordt gevraagd. Melders blijken in een substantieel aantal gevallen al vóór de melding, zelf contact te hebben opgenomen met meerdere instanties. Soms gaat het om een ‘strijdbare’ melder die zelf al e.e.a. in gang heeft gezet (relatie verbreken, bewindvoering inschakelen, contact met ander gedupeerde zorggebruikers).

‘Aangeklaagden’ waren relatief vaak kleinere zorgaanbieders, soms individuele zorgverleners en een enkele keer een bureau dat zich richt op bemiddeling en/of zorgverlening. In deze meldingen ging het vaak ook om een combinatie van twijfel aan rechtmatigheid van bestede gelden en slechte kwaliteit van zorg. Een aantal meldingen kwam van een familielid of direct betrokkene bij een budgethouder waarbij de melder wees op mogelijk misbruik. Deels ging het om situaties waarbij de budgethouder regie over de situatie verloren is aan bijvoorbeeld een zorgverlener. Met name in deze meldingen (uit de directe omgeving) bleek het vaak lastig om tot (enige) objectivering te komen. Zo is lastig te verifiëren of er inderdaad een ongewenste afhankelijkheid van de budgethouder of cliënt is ontstaan.

Verrijken van meldingen

In het verrijkingsgesprek werd nadruk gelegd op voorlichting over rechten en plichten en werd systematisch gewezen op de mogelijkheid om rechtstreeks melding te doen bij een zorgkantoor. Ook werd geadviseerd om steun te organiseren voor de budgethouder, waarmee deze een (meer) transparant beheer zou kunnen voeren. Ook hier bleek het ontbreken van wederhoor een knelpunt, en was het voor Per Saldo lastig zo niet onmogelijk om hierin positie te nemen of een stap verder te zetten. Per Saldo sprak bij het na bellen aan op verantwoordelijkheden en wilde ook voorkómen dat het meldpunt een ‘kliklijn’ werd. In een aantal ernstige gevallen heeft Per Saldo zich nadrukkelijk tot instanties gericht. Niet in alle gevallen werd Per Saldo ‘gehoord’. Per Saldo ontleent aan de meldingen en contacten met melders overigens wel informatie waarmee zij haar eigenlijke taak van voorlichter en belangenbehar-

tiger van budgethouders nader invulling kan geven.

Zorgkantoren

Per Saldo constateerde dat het zorgkantoor veelal de geëigende instantie was om te benaderen bij de gemelde vermoedens van fraude. Toch is het toegang krijgen tot de zorgkantoren en ook andere instanties moeizaam gebleken. Voor melders zelf maar ook voor Per Saldo. Pas aan het eind van de projectperiode bleek er sprake van aanspreekpunten, contactpersonen en was er een begin van een ketenvorming om aanpak en meldingen eventueel anoniem te kunnen bespreken.

Nagegaan is of bij de anoniem ontvangen meldingen nog aanknopingspunten gevonden konden worden om fraude of oneigenlijk gebruik aantoonbaar te maken. In een flink aantal gevallen werd de 'aangeklaagde' binnen zo'n melding met naam genoemd door de melder, maar was het verhaal niet van voldoende gehalte om een doorgeleiding te rechtvaardigen.

Samenwerking

Per Saldo werkte met vier collega-organisaties samen in dit project en heeft naar mate het project vorderde de samenwerking meer gewaardeerd. Waar het in het begin zoeken was vanwege de eigen aard en taken van de organisaties, bleek in een later stadium de regelmatige uitwisseling en discussie vooral tot steun te zijn. In het projectteam is gesproken over de wijze waarop met het nabellen en het 'beoordelen' van de meldingen werd omgegaan en werden de gevoeligheden en valkuilen van het meldpunt gedeeld. Meldingen bevatten altijd 'het eenzijdige verhaal'. Alertheid en zorgvuldigheid was geboden. Het meldpunt trok ook melders aan die vooral onvrede ervoeren of anderszins zaken kwijt wilden waarvoor het meldpunt niet bedoeld was. Toch werkte en werkt Per Saldo bewust mee aan fraudesignalering omdat in het belang van een solide pgb 'de rotte appels' uit de mand moeten.

De belangrijkste opbrengst van het project, zoals Per Saldo die ervoer, is dat samen gereflecteerd kon worden op rol, positie en valkuilen voor cliëntenorganisaties bij de aanpak van fraude in de zorg. Ook zijn waardevolle contacten met instanties opgebouwd en is bijgedragen aan het inzichtelijk maken van de praktijk. Aan instanties kon duidelijk gemaakt worden welke werkelijkheden soms schuil gaan achter vermoedens van fraude of oneigenlijk gebruik. Instanties hebben ook begrip gekregen voor de gevoeligheid van zaken en de risico's in geval er sprake bleek van onterechte meldingen.

De uitwisseling en samenwerking was nog niet ideaal. Zorgkantoren werden beter aanspreekbaar maar gaven ook aan dat zij omkomen in de meldingen die zij zelf binnen krijgen. Nza geeft nadrukkelijk aan zich te richten op (toezicht op) de grote zorgaanbieders. De IGZ heeft een protocol dat het niet toestaat om over individuele casussen terug te koppelen. Om melders bereid te houden om zaken te melden is het absolute voorwaarde dat zij enige vorm van terugkoppeling kunnen krijgen als er contact is geweest met instanties. Zij hebben behoefte om te weten: wat is er met mijn melding gedaan? Voor een werkelijke keten aanpak is nog veel werk te doen!

Samenwerking als voorwaarde voor fraudesignalering en preventie van misbruik van zorggeld

Aanpak en voorkoming van fraude en oneigenlijk gebruik van zorggeld is van groot belang om noodzakelijke zorg betaalbaar en gelegitimeerd te houden. Cliëntenorganisaties hebben belang bij juist gebruik van zorggeld. Per Saldo heeft daarnaast groot belang bij een goed functionerend, solide PGB en het verwijderen van ‘de rotte appels uit de mand’. Om dit te bereiken is kennis en begrip nodig van de vraag waar zorggeld voor bedoeld is en wanneer er sprake is van oneigenlijk gebruik of fraude. Pas dan kan alertheid ontstaan op ‘afwijking’ van de norm en kunnen betrokkenen partijen maar ook individuen dergelijke afwijkingen van de norm signaleren, verwijzen respectievelijk oppakken.

Daarvoor is samenwerking en vertrouwen noodzakelijk tussen instanties en organisaties met behoud van eigen verantwoordelijkheden én met begrip voor elkaars (on)mogelijkheden. Per Saldo spant zich in voor een ‘solide’ pgb en voor ondersteuning van budgethouders overeenkomstig de afspraken over het pgb; het zorgkantoor zet in op een goede toegang tot en (bij toekenning) op adequaat toezicht op gebruik van het pgb. Alleen wanneer e.e.a. in consistente lijn is met elkaar en eenduidig uitgelegd kan worden wat wel en niet mag bij de besteding van het geld, kan fraude bestreden en voorkómen worden.

De ketensamenwerking rondom fraude in de zorg is in opbouw. Dit project heeft bijgedragen aan deze ketenvorming maar er is meer nodig. Cliëntenorganisaties als Per Saldo en de andere vier projectpartners, zijn relatief nieuw in een dergelijke samenwerking en hebben bovendien geen primaire taak op dit terrein en een gevoelige rol omdat zij mensen vertegenwoordigen die afhankelijk zijn van zorg. Het project leert echter dat cliëntenorganisaties wel een (laagdrempelige) rol kunnen vervullen, mits de ketensamenwerking ondersteunend werkt en de ‘echte’ meldingen in vertrouwen in goede handen gegeven kunnen worden met respect voor de gevoeligheden die ermee gepaard gaan. Daar hebben alle partijen de komende jaren een taak te vervullen.

6.5 Stichting Klokkeluiders VG



6.5.1 Algemeen

Op de website van KLVG was al voor het project een meldpunt voor misstanden in de zorg. Om te voorkomen dat bezoekers van de website met twee meldpunten te maken zouden krijgen, werd besloten het meldpunt aan te passen aan het project. Inleiding en vragen werden aangepast zodanig dat de antwoorden naadloos aansloten bij de projectregistratie.

KLVG beoordeelde de meldingen op de vraag of ze relevant waren voor het project meldpunt. Bij meldingen die duidelijk niets te maken hadden met fraude, gesjoemel met zorggeld of misstanden waarbij gesjoemel met geld geen rol speelt, is afgezien van doorgeven naar het project via het Spidox registratiesysteem.

6.5.2 Kwantitatieve bevindingen KLVG

Aantal ontvangen meldingen	191
Aantal anoniem	21
Aantal meldingen doorgeleid via alle projectmeldpunten van de cliëntenorganisaties	86
Meldingen na onderzoek doorgezet naar o.a. diverse zorgkantoren, FIOD, NZa, IGZ	22
Waarvan sterk vermoeden van fraude	6

In de projectperiode kwamen gestaag meldingen binnen. Meldingen zijn hoofdzakelijk afkomstig van familieleden van mensen met een verstandelijke handicap. Enkele meldingen kwamen van mensen met een beperking zelf. Er kwamen ook meldingen binnen van familieleden van mensen met een chronische ziekte of lichamelijke handicap, van familie van ouderen in een verpleeghuis en van familieleden van kinderen uit jeugdzorg of psychiatrie. Meldingen uit de verstandelijk gehandicaptensector overheersten bij KLVG. Een kleine minderheid van de meldingen is afkomstig van mensen die werken in de zorg. Meldingen van personeelsleden waren vaker anoniem dan meldingen van familieleden.

Het aandeel anonieme meldingen, 21, was relatief gering op het grote geheel van 191. De vragen op de meldlijn waren zo ingericht dat het geven van een naam welhaast verplicht was. Melders gaven soms te kennen dat ze contact met KLVG op prijs stelden en vulden naam en contactgegevens in, dat ze hun meldingen ook wel doorgespeeld wilden zien, maar dat hun naam bij die andere instanties en de zorgaanbieder niet bekend mocht worden. In zulke gevallen zijn de meldingen anoniem doorgegeven aan instanties met daarbij de opmerking dat via KLVG desgewenst nader contact kon worden opgenomen. In een geval heeft een zorgkantoor gebruik willen maken van die optie.

Doorgeleiding en ontvangstbevestiging

In 22 gevallen zijn de meldingen doorgezet naar instanties als NZa, zorgkantoren uit de desbetreffende regio, FIOD/belastingdienst, ISZW in geval van vermoeden van pgb-fraude en politie. Criterium voor het doorgeven was het vermoeden van fraude of oneigenlijk gebruik van zorg budgetten voor iets anders dan zorg. De vooraf binnen het project doorgesproken criteria voor wat geldt als fraude en oneigenlijk gebruik zijn daarbij gehanteerd. Van vrijwel alle instanties werd ontvangstbevestiging ontvangen. De NZa had in gesprekken aangegeven graag meer meldingen te ontvangen. De NZa verstreekte standaard een ontvangstbevestiging maar had duidelijk gemaakt dat verdere terugkoppeling niet kan worden gegeven.

De IGZ gaf in twee gevallen aan dat meldingen betrokken zouden worden bij al ingesteld onderzoek bij een zorgaanbieder. De FIOD heeft oriënterend overleg gevoerd met KLVG en meteen een melding in onderzoek genomen. Na een volgende melding gaf de FIOD te kennen dat zaken van relatief geringe omvang, niet bij de FIOD, maar bij de algemene Belastingdienst moeten worden doorgegeven. Daar vandaan kwam geen terugkoppeling. De ISZW, aangewezen instantie om pgb-fraude te onderzoeken, gaf naar aanleiding van een melding te kennen dat het aan capaciteit ontbrak om de melding te onderzoeken en verwees door naar het UWV.

Zorgkantoren

De zorgkantoren reageerden vaak snel en inhoudelijk. In een aantal gevallen namen zorgkantoren initiatief voor overleg met KLVG met de vraag om nadere informatie en een terugkoppeling van genomen acties. Zorgkantoren hebben informatie gebruikt voor overleg met zorgaanbieders.

In een geval werd doorverwezen door het zorgkantoor naar ISZW. In één geval van vermoeden van pgb-fraude, waarbij toekenning van extreme zorgzwaarte speelde en de financiële omvang op meer dan 100.000 euro kon worden geschat, is van het zorgkantoor geen terugkoppeling verkregen.

Naar aanleiding van een specifieke reactie van een zorgkantoor op een doorgegeven vermoeden van fraude/oneigenlijk gebruik bij een woongroep gefinancierd uit pgb, besloot KLVG niet langer vermoedens waarbij pgb in het spel was door te zetten naar zorgkantoren. In dit geval was sprake van een vermoeden van ernstige schending van regels zoals zonder toestemming toedienen van medicijnen en declareren van niet geleverde zorg. Melder had ten tijde van de melding grote problemen. Het conflict met de zorgaanbieder was zo hoog opgelopen dat het familielid op straat werd gezet en melder acuut alternatieve zorg moest regelen en de kwestie van rekeningen moest oplossen. Het zorgkantoor reageerde op de melding door een onderzoek te starten naar de melder en bij melder pgb terug te vorderen.

Na overleg met het betreffende zorgkantoor is het KLVG gebleken dat dit een standaardreactie is in gevallen van meldingen over gesjoemel met pgb. Het zorgkantoor meent dat het slechts een relatie heeft met de budgethouder, richt onderzoek op die budgethouder en vordert budget terug. Meldingen door budgethouders, leveren aldus direct grote risico's op voor hen zelf. De stichting besloot vervolgens meldingen over pgb-fraude niet meer door te geven indien dit tot schade van melders zou kunnen leiden. Een aantal meldingen zijn niet doorgezet omdat ze te vaag waren en op geen enkele manier verifieerbaar bleken.

Bij een melding bleek verstrekte informatie niet juist en was sprake van manipulatie door de melder.

Ervaringen meldingen en melders

Meldingen waren vaak summier. Nader contact met vrijwel alle melders was nodig om helder te krijgen wat klacht is. Citaat: "Het is een heel verhaal en als u contact opneemt dan krijgt u dat".

Medewerkers van KLVG namen bij vrijwel alle meldingen telefonisch contact op. Melders reageren doorgaans niet op een verzoek via email om nadere informatie te geven. Ook op concrete vragen via de email gesteld, werd doorgaans niet geantwoord. Telefonisch contact levert wel resultaten op. Het bleek mogelijk om via de telefoon meldingen te verhelderen en aanvullende informatie te vragen.

Niet altijd volstond telefonisch contact. KLVG heeft geen kantoor en is publiek alleen zichtbaar via de website. Mailcontact en telefonisch contact is niet voor iedereen voldoende om vertrouwen te krijgen. Melders willen een gezicht zien. Om die reden zijn ook incidenteel huisbezoeken afgelegd.

Melders bleken vaak bang te zijn voor negatieve gevolgen wanneer ze iets willen melden over de zorgaanbieder waar hun familielid of zichzelf zorg krijgen. Ze vrezen dat informatie herleidbaar is en dat een melding leidt tot verharding van de sfeer of tot wegzenden uit de zorgaanbieder. Ze gaven daarom niet zomaar hun informatie prijs. Ook daarom was persoonlijk contact nodig om te voelen dat KLVG vertrouwelijk omgaat met hun informatie.

Persoonlijk contact bleek melders meer vertrouwen te geven in het project. Dat medewerkers op deze manier tijd investeren, toonde melders dat hun zorgen serieus werden genomen. Ze kregen informatie over de loop van het project en hoe meldingen werden verwerkt en het vergrootte het vertrouwen in de wil van de overheid om de problemen aan te pakken. Het persoonlijk contact met melders bleek voor stichting Klokkeluiders ook nuttig om de intentie van melders goed in te kunnen schatten.

Melders stelden het persoonlijk contact zeer op prijs. Ze konden hun verhaal kwijt over hun ervaringen en adviezen krijgen van KLVG. Uit de contacten bleek dat melders zich vaak grote zorgen maken over de kwaliteit van zorg en ondersteuning in specifieke situaties en daarbij een gevoel van onmacht ervaren. Voor familieleden geldt dat ze zich te afhankelijk voelen van zorgaanbieders en het idee hebben dat ze zich niet echt openlijk kunnen uiten zonder angst voor negatieve gevolgen. Bij enkele meldingen is gebleken dat overleg over problematische situaties leidt tot vertrouwensconflicten en het opzeggen van zorgverleningsovereenkomsten. Voor medewerkers van zorgaanbieders geldt dat ze bang zijn hun werk te verliezen als ze misstanden aankaarten en ook hun kansen op werk elders verminderen als ze naar buiten treden. De mogelijkheid om te melden werd op prijs gesteld.

Melders gingen er niet zozeer vanuit dat hun melding direct leidt tot ingrijpen. Wel wilden ze dat beter bekend wordt wat er aan misstanden kunnen zijn in de zorg. De opzet was om bij meldingen goed na te gaan of melders hun melding konden onderbouwen zodat meldingen controleerbaar waren en bruikbaar voor eventueel verder onderzoek. Het krijgen van goede onderbouwing was, op enkele uitzonderingen na, tijdrovend en moeizaam. Dat was om twee redenen. De eerste was dat weinig mensen in situaties waarin ze verzeild raken, gewend zijn schriftelijke bewijsstukken te verzamelen.

Vaak probeerden melders een kwestie aan te kaarten bij zorgverlener of zorgkantoor maar deden ze dat in gesprek of telefonisch. Er is geen “papier spoor” van dergelijke gesprekken, dus informatie is amper op juistheid te controleren. In een klein deel van de meldingen kwam op verzoek wel bruikbare schriftelijke informatie. Bij medewerkers van zorgaanbieders die vooral met pgb-budgetten kwam het voor dat email verkeer bewust werd afgeschermd door werkgevers, mogelijk met het oog op het voorkomen dat medewerkers bewijzen verzamelden van werkopdrachten die in strijd kunnen zijn met wettelijke voorschriften (bijvoorbeeld bij het ophogen van urendeclaraties).

Voor het doorgeven van meldingen was het al dan niet aanwezig zijn van schriftelijk materiaal niet doorslaggevend. De meldingen konden soms worden beschouwd als getuigenissen die aanleiding kunnen vormen en bruikbaar kunnen zijn voor formeel onderzoek door instanties als IGZ, zorgkantoor of anderen.

Sommige meldingen, ook anonieme, zijn doorgestuurd als een concrete situatie bij een concrete zorgaanbieder was genoemd. Een dergelijke melding kon eventueel worden opgevat als signaal om een controleonderzoek te starten, zeker indien de instantie ook uit andere bron signalen zou hebben over een zorgaanbieder.

Onduidelijkheid over recht op zorg

Een reden dat het krijgen van onderbouwing moeizaam is gebleken, vindt zijn oorzaak in het gegeven dat mensen vaak zorgen hebben over de (lage) kwaliteit van zorg, maar niet precies weten waar ze recht op hebben of hoe de Awbz-regels zijn. Melders hebben wel zicht op de individuele indicatie van hun familielid, maar beschikken niet altijd over een helder zorgplan waarin de indicatie goed is vertaald. Daarbij komt dat familieleden niet weten hoe indicatie en zorgplan zich mag of moet vertalen in dagelijkse hulpverlening in een situatie waarin mensen met verschillende indicaties samenleven in een groep en in andere groepen dagbesteding krijgen.

Er waren veel meldingen waarin werd gesteld dat hun familielid veel minder uren zorg kreeg dan het aantal uur dat in hun zorgzwaartepakket staat genoemd. De verschillen konden groot zijn (tot minder dan de helft van het aantal in indicatie beloofde zorguren), maar voor melders wordt zelden duidelijk gemaakt wat de grenzen zijn waaraan zorgaanbieders zich moeten houden en hoe zorgaanbieders hun budgetten verantwoorden. In zulke gevallen vroegen melders vertwijfeld: “waar blijft al het geld?”.

Ook welke rechten er precies gelden voor bijbetalingen in Awbz- instellingen was onduidelijk voor melders. Er kwamen meldingen binnen van een vermoeden van onterechte bijbetalingen of onnavolgbare kostenberekeningen. De bedragen die daarmee gemoeid waren, waren op zichzelf gering (bijvoorbeeld aanschaf van handdoeken of kosten voor vervoer waarvan geen gebruik wordt gemaakt) maar leidden wel tot frustratie voor melders. Doorgaans kennen mensen procedures en regelgeving in Awbz of rondom bewindvoering niet zo goed dat ze makkelijk zelf konden beoordelen of regels nu wel of niet waren overtreden. In situaties waarin kosten van zorg en wonen gescheiden werden (in situaties waarin zorgontvangers zelf huur betalen voor een kamer in een groepswoning) waren bedragen voor bijbetaling aanzienlijk en kostenberekening voor melders onduidelijk.

6.5.3 Kwalitatieve bevindingen KLVG

Meldingen bij KLVG zijn grofweg in vijf categorieën in te delen. De indeling is gemaakt na contact met melders, niet op basis van wat mensen zelf aankruisen.

1. klachten over het leveren van minder zorg dan waarop mensen rekenen of minder dan indicatie aangeeft;
2. ernstige fouten in zorgverlening (verwaarlozing, misbruik, mishandeling, fouten bij medicatie en niet melden van ernstige incidenten als geweld en seksueel misbruik);
3. klachten over bijbetalingen;
4. meldingen over negeren familieleden als belangenbehartigers tot en met het uit het gezag manoeuvreren van familie waardoor familie niet meer ontvankelijk is in klachten;
5. klachten over klachtencommissies.

In meldingen lopen 1, 2 en 4 vaak door elkaar heen.

Klachten over het leveren van minder zorg of minder dan indicatie aangeeft

Veel meldingen betroffen klachten over te weinig begeleiding in zorginstellingen, veel minder dan mensen hadden verwacht of in het verleden hadden gekregen en ook veel minder dan het aantal uren zorg dat redelijk concreet staat omschreven in de zorgzwaartepakketten waarvoor alle bewoners van instellingen geïndiceerd zijn. Volgens veel melders werd minder uren zorg geleverd dan de zorgaanbieders kunnen declareren op grond van de indicaties. Meldingen over het verhogen van indicaties op initiatief van de zorgaanbieders met de kennelijke bedoeling meer budgetten binnen te halen zonder de zorg zelf te veranderen, kwamen ook regelmatig binnen. Het hiaat tussen werkelijk geleverde zorg en geïndiceerde zorg is volgens veel melders als frauduleus aan te merken.

KLVG deed pogingen naar aanleiding van concrete meldingen te achterhalen waar mensen theoretisch recht op hebben en wat de vrijheid is van zorgaanbieders om te schuiven met individuele budgetten.

Twee kenmerkende voorbeelden

Er was een melding over iemand met een indicatie voor dagbesteding. De betreffende cliënt heeft echter betaald werk en gebruikt geen begeleiding. Melder vroeg zich af of zorgaanbieder wel dagbesteding declareert bij zorgkantoor. KLVG heeft geprobeerd te achterhalen welke regels gelden in zo'n situatie om te zien of mogelijk sprake is van fraude of oneigenlijk gebruik zorggeld. Het zorgkantoor meldde dat de zorgaanbieder in een dergelijke situatie waarin een zorggebruiker een indicatie heeft voor dagbesteding (en de zorgaanbieder het bijbehorende budget ontvangt) het zorgkantoor daarvan op de hoogte moet stellen of een lagere indicatie moet aanvragen. Zorginstituut Nederland (voorheen College van Zorgverzekeringen) bij wie dezelfde melding werd voorgelegd, wist niet wat in een dergelijk geval wettelijk verplicht is. Een voormalig regiomanager van de zorginstelling uit de melding legde uit dat zorgaanbieders in principe zo'n situatie van niet-gebruik van dagbesteding niet zullen doorgeven. Deze zegsman schetste het proces waarin een zorgaanbieder voor een hele regio productieafspraken maakt met het zorgkantoor en vervolgens declareert volgens die productieafspraken. Als er minder uren zorg wordt verleend, wordt dat niet aangegeven bij declaraties, omdat ook extra productie (een zorgaanbieder is vanwege zorgplicht soms verplicht meer te doen dan vooraf afgesproken) niet mag worden gedeclareerd. Zijn visie: als je minder hoeft te doen, heb je mazzel, moet je meer leveren dan heb je pech.

Een tweede kenmerkende melding waarbij onduidelijk bleef of een zorginstelling regels overtreedt, betrof een stabiele woongroep waarin 7 mannen in een woongroep gezamenlijk zorg ontvangen. Van zes van hen waren de indicaties in twee jaar tijd fors verhoogd van zzp 5 naar zzp 7. De budgetten gingen dus fors omhoog maar volgens de melder bleef de zorg in uren gerekend hetzelfde. In deze anonieme melding (anoniem voor zorgkantoor, niet voor KLVG), kregen de zeven mannen met een verstandelijke handicap in de woongroep met elkaar 129,75 uur begeleiding waar ze volgens de optelsom van hun indicaties 205 tot 249 uur begeleiding zouden kunnen verwachten.

KLVG vroeg naar aanleiding van deze melding een zorgkantoor om een reactie. Mag een zorgaanbieder minder uren begeleiding geven dan het zorgzwaartepakket aangeeft en hoe ruim is die vrijheid?

Het zorgkantoor gaf aan: “Een zorgaanbieder is gehouden binnen de bandbreedte verantwoorde en passende zorg te bieden. Wat verantwoord en wat passend is, wordt bepaald door de zorgaanbieder.” Het zorgkantoor wijst er verder op dat uit het budget per zorgzwaartepakket ook kosten afgaan die met begeleiding niets te maken hebben: “er gaat overhead van af, voeding en bijkomende kosten zoals wassen van kleding en dergelijke kosten. Een zorgaanbieder die veel geld uitgeeft aan maaltijden of overhead houdt minder geld over voor directe zorg. Er zijn geen vaste richtlijnen voor“, zegt de woordvoester. De grootte van de woongroepen is evenmin dwingend voorgeschreven.

Of een zorgaanbieder ook daadwerkelijk het zorgzwaartepakket levert zoals het beloofd is, is volgens het zorgkantoor “allereerst een verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder”. Het zorgkantoor vraagt een handtekening van de zorgaanbieder op gemaakte zorgafspraken, de accountant van de instelling wordt geacht na te gaan of de instelling zich houdt aan de afspraken en het zorgkantoor trekt een keer per 5 jaar een steekproef van 20 dossiers bij de instelling. Het is een papieren controle, er is geen visitatie op de zorgplek.

Controle op besteding van zorggeld, kan volgens het zorgkantoor ook door cliënten en hun familieleden gebeuren. “Openheid in hoe de zorgaanbieders de ontvangen budgetten vertaalt naar de alledaagse zorg, mag door de cliënten verwacht worden van de zorgaanbieder“, zegt de woordvoester van het zorgkantoor. De melder in deze kwestie had geprobeerd informatie te krijgen van de zorgaanbieder, maar die is hem geweigerd. Een formele klacht wil hij niet indienen. Hij is bang dat zijn familielid eronder zal lijden als hij formeel klaagt. Hij meldde de kwestie wel bij de meldlijn omdat hij zich afvraagt: waar blijft het geld?”

In de beleving van veel melders werd zorgbudget voor hun familielid oneigenlijk gebruikt voor zaken waarvoor het niet bedoeld was: te hoge salarissen voor managers werden gemeld, een dure cursus aan Harvard universiteit in de VS voor een manager, inzet van zorgzwaarte gelden voor andere bewoners op de woongroep in plaats van voor het familielid waarvoor de extra gelden waren aangevraagd. Melders voelden zich vaak plaatsvervangend bestolen als ze zagen dat hun familielid in hun ogen niet de beste zorg kreeg.

Toch zijn veel van zulke meldingen niet makkelijk te bestempelen als gevallen van fraude of oneigenlijk gebruik. Als de vrijheid van handelen in zorginstellingen groot is, is van fraude doorgaans geen sprake; waar geen regel is, kan er geen worden overtreden.

De onduidelijkheid over wat mag en wat niet mag, welk recht er is en wat vrijheid van handelen is, speelt vooral bij zorg in natura in Awbz-instellingen. Bij zorg die uit pgb's wordt betaald zijn de regels voor besteding zo strikt, dat wat in zorginstellingen is toegestaan, in de pgb situatie onmiddellijk als fraude of oneigenlijk gebruik geldt.

Persoonsgebonden budget

Onduidelijkheid over wat zorg moet inhouden en hoe zorg moet worden gedeclareerd is minder aanwezig in situaties waar de zorg met pgb wordt gefinancierd. Meldingen over gesjoemel met declaraties en zorgverlening komen wat betreft pgb van zowel budgethouders als medewerkers.

Budgethouders rekenen preciezer af en kunnen sneller zien wanneer afspraken over te leveren zorg niet worden nagekomen. De vrijheid van handelen met pgb is zo gering dat ook sneller regels worden overtreden die bij zorg in natura gewoon voorkomt (bijvoorbeeld zorg niet verantwoorden per uur of budgetten van de een gebruiken voor de ander).

Budgethouders die melden dat ze rekeningen moeten betalen die niet kloppen of die in conflict komen over geleverde kwaliteit van zorg, verkeren doorgaans in een overmacht situatie. Niet betalen of klagen betekent doorgaans dat de zorg wordt stopgezet zonder dat er alternatief is. Dat leidde ertoe dat veel meldingen over fraude of gesjoemel met pgb gelden zijn gedaan nadat budgethouders of familieleden van budgethouders de zorg elders hebben geregeld. Indien medewerkers klaagden over fraude en gesjoemel met pgb-gelden waren de meldingen anoniem en medewerkers waren vaak al van baan gewisseld.

Een redelijk aantal meldingen over dubieuze gang van zaken waarbij pgb-gelden zijn ingezet zijn niettemin doorgegeven aan NZa, ISZW, FIOD en zorgkantoren. In een melding reageerde ISZW met de melding dat capaciteit ontbrak om de melding te onderzoeken en verwees door naar het UWV. Bij overige pgb-meldingen is onbekend bij KLVG of en hoe de meldingen zijn opgepakt.

Ernstige meldingen over kwaliteit zorg en geweld

Bij een aantal meldingen is gesignaleerd dat het opleidingsniveau van medewerkers daalt of dat regelmatig ongekwalificeerd personeel wordt ingezet. In een aantal meldingen was sprake van ernstige schendingen, mishandeling, verwaarlozing, seksueel misbruik en intimidatie door medebewoners, toedienen van rustgevende geneesmiddelen zonder toestemming van zorggebruiker of familie of een formele wettelijke vertegenwoordiger, opsluiten in slaapkamers. In vrijwel al deze meldingen hebben melders zelf actie ondernomen door te melden bij politie, IGZ of naar de rechter te gaan. Doorgaans hebben melders hun familielid naar andere instelling verplaatst en zijn de meldingen gedaan nadat ze in die zin zijn “opgelost”. Deze meldingen over ernstige schendingen kwamen zowel voor bij zorg in natura als bij pgb.

Gezagskwesties, klachtencommissies

Melders, zowel familieleden als personeelsleden, gaven te kennen zich onmachtig te voelen in wat ze ervaren als zorgelijke situaties. De afhankelijkheid van de zorgaanbieder is in de langdurige intramurale zorg zo groot dat overleg voeren of klagen als moeilijk wordt ervaren. De mogelijkheid om laagdrempelig te melden bij KLVG was hen om die reden welkom. Op de meldlijn kwamen ook klachten binnen van familieleden die wel probeerden te overleggen met zorgaanbieders of formele klachten indienden en in die weg vastliepen.

Soms bleken familieleden niet te worden erkend als belangenbehartiger. Klachten daarover varieerden van het nemen van besluiten over een persoon met een handicap zonder daarbij familieleden te raadplegen, zelfs als die familieleden formeel bewindvoerder, mentor of curator zijn. Er waren ook klachten over partijdigheid van klachtencommissies. Melders vonden een commissie waarin personeelsleden van een zorgaanbieder zitten niet vertrouwenwekkend. Melders vonden het ook onjuist dat een klachtencommissie oordeelt op basis van een papieren dossier maar geen onderzoek instelt naar de dagelijkse praktijk in de zorgsituatie.

Effect meldlijn

In het totaal van de meldingen waren er veel van ernstige aard als het ging om de kwaliteit van zorg (ernstige incidenten) en het niet bieden van voldoende (uren) zorg. De meest ernstige meldingen over incidenten werden door melders wel aangekaart bij stichting Klokkeluiders, maar melders hadden doorgaans zelf actie ondernomen door te melden bij justitie, of IGZ. Voor deze melders gold dat ze via de melding op de meldlijn wilden bijdragen aan het zichtbaar maken van incidenten.

Voor meldingen over gesjoemel met geld, indicaties of fraude gold doorgaans dat melders geen andere actie hadden ondernomen. In dat opzicht heeft de meldlijn bijgedragen aan het zichtbaar maken van wat er speelt in de beleving van familieleden en personeelsleden in zorginstellingen.

Bij de meldingen zaten minstens zes meldingen waarbij echt fraude vermoed kon worden in de strakke definitie die het project hanteerde. Dat gold vooral voor de pgb sector omdat daar een ruime interpretatie van hoe budgetten worden besteed niet is toegestaan. Bij zorg in natura is de potentiële, financiële schade in dezelfde orde van grootte maar kan fraude niet zo makkelijk worden vastgesteld.

Zowel bij meldingen van zorg in natura als bij pgb-fraude hebben zorgkantoren in vrijwel alle gevallen snel en open gereageerd naar KLVG. De meldingen waren voor zorgkantoren welkom en aanvullend op hun informatie. Van overige instanties is dat niet bekend. De indruk was dat voor de NZa, FIOD en ISZW slechts meldingen meetellen waarin voor miljoenen wordt gesjoemeld. Zulke miljoenezaken zijn niet gemeld.

Een effect van de meldlijn is voorts dat stichting Klokkeluiders merkte dat zorggebruikers geholpen zouden zijn met aanwijzingen voor het voorkomen van gesjoemel en het beter “ gewapend” zijn in overleg met zorgaanbieders, zoals in pgb sector als bij zorg in natura. Zorggebruikers en familieleden, zo goed als personeelsleden, zouden gebaat zijn met een handleiding voor Awbz-zorg: wat is een zorgplan, hoe kan de indicatie worden vertaald naar dagelijkse zorgpraktijk, wat zijn precies rechten, wie moet wat controleren. In het huidige systeem wordt de zorggebruiker geacht overleg te voeren met zorgaanbieder en uitvoering daarvan te controleren en zo nodig een klacht in te dienen. Bij veel mensen is niet duidelijk dat ze dat moeten doen en hoe ze dat op een handige manier kunnen doen. Zorggebruikers verwachten dat zorgkantoor en vooral de IGZ hen zou helpen. Ze zijn gefrustreerd dat de Inspectie individuele klachten niet behandelt.

Bevindingen en conclusies KLVG afgezet tegen het doel van het project

Doel van de pilot was om te onderzoeken of het mogelijk en zinvol is om bij cliëntenorganisaties meldingen door zorggebruikers van oneigenlijk gebruik/fraude te verzamelen, te verrijken en door te geven aan instanties die maatregelen tegen misstanden/fraude nemen. Het pilot-onderzoek moest zo vorm worden gegeven dat het niet alleen gericht was op meer inzicht in het vóórkomen van fraude maar ook op het bestrijden (aanpakken en voorkómen). Daarnaast zou het pilot-onderzoek antwoord moeten geven op de vraag wat je moet doen met “bijvangst”; signalen die wel duiden op misstanden (bv. slechte kwaliteit of onheuse bejegening) maar die niet vallen onder het begrip oneigenlijk gebruik/fraude). Vertaald in concrete vragen is dat:

- Hebben de meldingen bij cliëntenorganisaties een meerwaarde vanwege de laagdrempeligheid?
- Leidde de laagdrempeligheid tot meer meldingen, m.a.w. kwamen meldingen binnen die anders niet boven water zouden zijn gekomen of zouden zijn gemeld bij andere instanties?
- Konden cliëntenorganisaties een rol vervullen (via het verrijken) die zonder de inbreng van de cliëntenorganisaties niet tot stand zou zijn gekomen?
- Heeft het project fraude voorkomen?
- Heeft het project bijgedragen aan het bestrijden van fraude?
- Wat gebeurt er met meldingen die met fraude of oneigenlijk gebruik weinig te maken hebben (bijvangst?)

Antwoorden op die vragen

Bij KLVG was al een meldlijn ingericht gericht op misstanden in de zorg. Bij de start van het project is begeleidende tekst en de vragen op de meldlijn aangepast aan het doel van het project namelijk het signaleren van mogelijke zorgfraude. Gebleken is dat het karakter van meldingen niet veel veranderde. De meldingen waren doorgaans een mix van zorgen over kwaliteit van zorg en zorgen over geldverspilling c.q. fraude. Bij familieleden was merkbaar dat de aanleiding om te melden de eigen zorgen waren rondom kwaliteit van de zorg waarbij door de melders werd opgemerkt dat ze vermoeden dat er geld werd verspild of oneigenlijk gebruikt of gefraudeerd. In een minderheid van meldingen was de aanleiding om te melden vermoedens van fraude waaraan men vervolgens zorgen uitte over de gevolgen voor de kwaliteit van zorg.

Meldingen die niet konden worden onderbouwd of met fraude/oneigenlijk gebruik niets te maken hadden, zijn gerubriceerd. Met melders is doorgaans contact opgenomen. Zo nodig kregen ze advies hoe te handelen of antwoord op gestelde vragen.

In totaal 22 meldingen zijn doorgezet naar instanties. Er waren meer meldingen waarin sprake was van een vermoeden van fraude of oneigenlijk gebruik van zorggeld, maar als uit de meldingen bleek dat melders die zelf al elders hadden doorgezet heeft KLVG dat niet ook nog eens gedaan. Twee meldingen over mogelijk gesjoemel met pgb-geld zijn niet doorgezet omdat schade voor melders kon worden vermoed. Meldingen over fraude of oneigenlijk gebruik die te weinig concreet waren en daarmee voor niemand controleerbaar, zijn niet doorgezet. In die laatste categorie behoorde bijvoorbeeld een ano-

nieme melding over het niet verlenen van zorg in een instelling waarvan evenmin de naam werd genoemd. Onder te weinig concreet konden meldingen vallen waarin bijvoorbeeld werd gesteld dat rekeningen voor niet geleverde zorg werden gestuurd zonder dat er aangegeven werd om welke zorg het ging en er ook geen schriftelijk materiaal was waaruit het op te maken viel.

In een minderheid van meldingen, vooral bij ernstige schendingen van wettelijke regels, hadden melders contact zelf gezocht bij IGZ, zorgkantoor of justitie/politie. Deze meldingen zijn niet doorgegeven door KLVG.

Geconstateerd kan worden dat de 21 meldingen over mogelijke fraude/oneigenlijk gebruik (plus de 2 meldingen van pgb fraude) niet zouden zijn binnengekomen zonder het bestaan van de meldlijn in het kader van dit project. Immers, de meldingen die volgens melders zelf al waren doorgeleid, zijn niet in dit aantal opgenomen. De meldlijn heeft aldus 21 meldingen door kunnen zetten die waarschijnlijk zonder de meldlijn nergens terecht waren gekomen.

KLVG heeft door middel van het verrijgingsproces (contact opnemen en vragen om uitleg, toelichting en onderbouwing) bij een flink aantal meldingen geconcludeerd dat het in de ogen van melders wellicht sprake is van geldverspilling, frauduleus handelen en oneigenlijk gebruik, maar dat de meldingen te vaag, te weinig concreet of niet te onderbouwen bleken te zijn. De interventie van KLVG heeft op die manier mogelijk voorkomen dat ze bij de andere instanties terecht kwamen.

Bij de meeste meldingen was sprake van vermoeden van gesjoemel met geld rondom één zorggebruiker in zorg. Soms betrof het meldingen waarbij gesjoemel op woongroepen (kleine zorg initiatieven of op specifieke locaties bij grote zorgaanbieders) betrof. Het maakt dat de omvang van fraude of oneigenlijk gebruik van zorggeld in euro's gemeten relatief gering is.

Intramurale zorgbudget in de Awbz overstijgen doorgaans de 80.000 euro niet. Per melding kan daarom moeilijk sprake zijn van potentiële miljoenenfraude. Het financiële belang bij de doorgegeven meldingen kon variëren van enkele tientjes in een enkel geval van onterechte bijbetaling tot doorgaans enkele tienduizenden euro's. Voor melders is dit een flink bedrag. Waar tegenwoordig zoveel zorgen zijn over de betaalbaarheid van de zorg, wil men dat gesjoemel in deze omvang geen kans krijgt. Melders wilden zonder uitzondering dat de gang van zaken bekend wordt en zo mogelijk bestreden.

De reactie van instanties als NZa, FIOD en ISZW leken erop te duiden dat meldingen van deze financiële omvang, doorgaans niet nader worden onderzocht. De NZa gaf nimmer een inhoudelijke reactie op een melding. De FIOD nam een melding in behandeling maar rapporteerde niet terug en liet bij latere meldingen blijken die van te geringe omvang te vinden om er tijd aan te kunnen besteden. De ISZW heeft bij een melding gesteld onderzoekscapaciteit te missen om de melding te onderzoeken. Het heeft de suggestie dat deze instanties geen aandacht en tijd kunnen besteden aan de meldingen zoals ze via de meldlijn binnenkwamen.

In kwesties waarin tekortschietende kwaliteit van zorg werd geconstateerd reageerde de IGZ doorgaans met te stellen dat op individuele meldingen niet kan worden ingegaan en dat meldingen worden betrokken bij het reguliere toezicht. Bij een melding liet de IGZ weten dat de betreffende zorgaanbieder al onder extra toezicht stond. Voor KLVG is het vanwege die reacties de vraag of alle doorgezette meldingen wel worden onderzocht en of er wordt ingegrepen.

Slechts bij één instantie, de Zorgkantoren, werd vrijwel altijd inhoudelijk gereageerd. Het ging om meldingen die hen niet langs andere weg waren gemeld en zorgkantoren reageerden doorgaans met de wil om de meldingen uit te zoeken en te betrekken bij hun reguliere overleg met zorgaanbieders.

Die ervaring duidt erop dat meldingen zoals KLVG ze binnenkreeg voortaan het beste kunnen worden voorgelegd aan zorgkantoren. Deze instanties kennen zorgaanbieders in hun regio en hebben de wettelijke taak de declaraties van zorgaanbieders te controleren en te letten op het bieden van verantwoorde zorg.

Meldingen kunnen door zorgkantoren op zijn minst worden opgevat als signaal om extra te controleren op specifieke locaties bij specifieke zorgaanbieders. Mogelijke fraude of oneigenlijk gebruik van de soort die via de meldlijn is gemeld, kan op die manier zowel worden bestreden als voorkomen.

Daarbij gelden wat KLVG betreft twee belangrijke kanttekeningen

De eerste betreft de situatie bij pgb's. In de huidige situatie bij meldingen over pgb-fraude door budgethouders, wordt die budgethouder onmiddellijk de dupe omdat het zorgkantoor onderzoek op de budgethouder richt en mogelijke financiële schade op hem kan verhalen in plaats van op de malafide zorgaanbieder. Dat stimuleert het doorgeven van meldingen niet. De nieuwe systematiek waarbij budgethouders trekkingsrecht hebben kan wellicht enige bescherming bieden, maar zeker is dat niet.

Bij zorg in natura geldt dat de vrijheid van handelen bij zorgaanbieders zo groot is, dat fraude of oneigenlijk gebruik lastig te constateren is. In de beleving van melders is sprake van frauduleus handelen omdat geld bestemd voor zorg kennelijk aan veel meer kan worden besteed dan aan directe zorg voor hun familielid, bijvoorbeeld aan bovenmatige overhead, inrichting gebouwen, of aan andere woongroepen dan waar hun eigen familielid is. Er is geen duidelijke afdwingbare plicht voor zorgaanbieders om op zijn minst de aantallen uren directe zorg te leveren op het vereiste opleidingsniveau's die in de indicaties staan vermeld.

Hoewel zorgkantoren reageerden op meldingen hierover van de meldlijn, staan zorgkantoren niet zonder meer open voor directe meldingen door bezorgde familieleden van zorggebruikers in de Awbz. Zorgkantoren gaan er van uit dat zorggebruikers of hun familie zelf in overleg gaan met zorgaanbieders, zelf de gang van zaken controleren en eventueel een klacht indienen bij de zorgaanbieder, voordat het zorgkantoor zich wil bemoeien met klachten over te weinig geleverde zorg. Die weg is voor veel melders bedreigend. Nogal wat melders komen of vrezen in te ernstig conflict te komen met de zorgaanbieder. Melders kozen er vaak voor wel bekend te zijn voor KLVG in de hoop dat die de kwestie zou onderzoeken, maar wilden anoniem blijven voor zorgaanbieder en zorgkantoor omdat ze vre-

zen dat zorgverlening alleen maar verslechterd of wordt opgezegd.

Fraude en oneigenlijk gebruik van zorggeld kunnen worden voorkomen door nauwgezette controle door zorggebruikers van de besteding van budgetten of controle op rekeningen. In de intramurale Awbz is zulke nauwgezette controle op dit moment onmogelijk vanwege de ruime handelingsvrijheid van zorgaanbieders en vanwege de angst voor repercussies in de zorgverlening zelf. De meldlijn heeft aan het licht gebracht dat de individuele zorggebruiker niet in staat is de Awbz intramurale zorgaanbieder goed te kunnen controleren of aan te spreken.

7 Overzicht conclusies vroegtijdige signalering

7.1 Algemeen

Het project heeft beoogd te onderzoeken of het mogelijk en zinvol is bij cliëntenorganisaties op een laagdrempelige manier meldingen van fraude/oneigenlijk gebruik te verzamelen, te onderzoeken, te onderbouwen en door te geven aan toezicht- en opsporingsinstanties. De veronderstelling was dat laagdrempelige toegang bij cliëntenorganisaties mogelijk meer meldingen zou opleveren. De pilot zou ook duidelijk kunnen maken of cliëntenorganisaties een zinvolle rol kunnen vervullen bij het onderzoeken en onderbouwen van de meldingen. Onderstaande conclusies gaan hierop in.

Is de gekozen invulling van de meldpunten (veel) laagdrempeliger dan bijvoorbeeld bij andere meldpunten? De vijf samenwerkende cliëntenorganisaties constateren in hoofdzaak

- dat de ingestelde meldpunten nieuwe signalen opleverden van fraude, van oneigenlijk gebruik en misstanden. Deze meldingen waren niet eerder bekend of doorgeleid.
- dat ook meldingen werden ontvangen die eerder bij geëigende instanties werden ontvangen, maar waarbij melders geen zichtbare respons kregen.
- dat melders die een afhankelijkheidsrelatie ervaren alleen vertrouwen hebben in laagdrempelige meldpunten van cliëntenorganisaties, omdat de cliëntenorganisaties hun eigen doelgroep goed en beter kennen. En zij geen represailles uitvoeren.
- dat cliëntenorganisaties in staat bleken meldingen te onderzoeken en te onderbouwen en te sorteren op al dan niet doorgeleiden.
- dat melders over te weinig informatie en controlemogelijkheden beschikken om zelf te controleren op fraude/oneigenlijk gebruik.
- dat toezicht en opsporingsinstanties in de perceptie van melders slecht openstaan voor individuele meldingen.
- dat melders behoefte hebben aan een terugkoppeling wat er met een melding gebeurt.
- dat melders (cliënten) hebben aangegeven dat zij de toegang tot opsporings- en toezichthoudende instanties en zorgkantoren moeizaam vinden verlopen.
- dat mensen die melden, melden voor zichzelf of voor een ander, omdat zij een situatie als problematisch ervaren. Cliëntenorganisaties luisteren naar de melder zelf en stelt de melder voorop. De

NZa en de IGz benaderen een melding anders. Deze organisaties doen niet aan individuele gevalshandeling en bekijken of zij in hun signaaltoezicht en in wetgeving, regels of prestaties aanpassingen moeten/kunnen doen. Melders voelen zich dan niet gehoord.

Hierna volgen meer uitgewerkt en toegelicht de conclusies en de aanbevelingen. De conclusies hebben de cliëntenorganisaties geclusterd in vier thema's, te weten:

- het meldpunt;
- de melders;
- de meldingen;
- samenwerkingspartners.

7.2 Het meldpunt

- De cliëntenorganisaties hebben via de meldpunten gezamenlijk 534 meldingen ontvangen, verdeeld over een periode van negen maanden.
- Van de 534 meldingen zijn er 90 doorgeleid naar externe instanties, omdat fraude/oneigenlijk gebruik of een ernstige misstand werd vermoed. Dit betrof meldingen die niet eerder door melders zelf daar waren neergelegd. Ze kunnen derhalve worden beschouwd als het gevolg van het doel in dit project om een laagdrempelige mogelijkheid te bieden om te melden. Ook zijn in minimaal 12 gevallen meldingen niet doorgeleid, maar is de melder ondersteund om verhaal te halen bij de aanbieder of zorgverzekeraar, waarna aanpassing van een foutieve nota volgde.
- De meldpunten hebben een aantal harde gevallen van fraude opgeleverd. Het merendeel van de ontvangen meldingen waren volgens de definitie niet als fraude te kenschetsen, maar vielen onder oneigenlijk gebruik, betroffen onjuiste nota's of bleken gevallen waarin zorggeld in de ogen van melders niet juist was besteed. Bij onjuiste nota's is meestal moeilijk na te gaan of er sprake is van moedwillige opzet, en dus fraude. Ook hebben de cliëntenorganisaties relatief veel meldingen ontvangen met (soms ernstige) klachten over de kwaliteit van zorg.
- Een medewerker van een meldpunt biedt een luisterend oor, geeft vertrouwen, geeft duidelijkheid, heeft geduld, heeft geen andere agenda en neemt tijd om een melding te ontvangen, te onderbouwen en af te handelen.
- Cliëntenorganisaties hebben het vermogen, de kennis en ervaring om ontvangen meldingen over vermoedens van fraude, oneigenlijk gebruik en/of andere misstanden in de zorg op feitelijke waarde in te schatten. Door het volgen van een training en het gebruiken van een handelingsprotocol zijn medewerkers beter toegerust om te werken met de ontvangen meldingen.

7.3 De melders

- Melders zijn vooral zorggebruikers (pgb, zorg in natura), familieleden en (ex)-medewerkers van zorgaanbieders. Cliëntenraden hebben relatief weinig gemeld.
- Melders willen dat zorggeld doelmatig en rechtmatig wordt besteed. Ze willen zich, omwille van goede kwaliteit zorg, inzetten voor het bestrijden van fraude en oneigenlijk gebruik van zorggeld.

- Melders die nog afhankelijk zijn van de betreffende hulpverlener/zorgaanbieder, zien soms af om een melding of klacht door te zetten. Ondersteuning van een cliëntenorganisatie geeft melders soms het vertrouwen om een melding wel door te zetten.
- Zorggebruikers (of hun familieleden/vertegenwoordigers) zijn in de intramurale, langdurige zorg sterk afhankelijk van de zorgaanbieder, omdat de zorg intensief is en zorg en wonen met elkaar verbonden zijn. Het maakt dat zorggebruikers of hun vertegenwoordigers in die situatie het lastig vinden misstanden aan te kaarten en in gesprekken soms intimidatie ervaren.
- Melders vanuit intramurale zorg zijn vaak bekend voor de meldlijn, maar ze willen vaak anoniem blijven voor hun zorgaanbieders. Het gevolg is dat zorgkantoren of andere instanties hun melding doorgaans niet (kunnen) behandelen.
- Als melders zelf contact opnemen met instanties als de NZa, IGZ en zorgkantoren, zijn ze vaak teleurgesteld over het uitblijven van een zichtbare reactie.
- Oudere migranten (eerste generatie) zijn vaak niet op de hoogte van de zorg, waar ze recht op hebben. Ze zijn bovendien zeer kwetsbaar en durven door taal- en communicatieproblemen geen beroep te doen op professionele hulp. Ze vertrouwen dan op hun kinderen of familie (mantelzorg). Onder de diverse etnische groepen komen meer dan evenredig chronische ziekten voor zoals: (vasculaire) dementie, diabetes, hart- en vaatziekten en verstandelijke beperkingen. Kennissen en/of burens attenderen deze families op mogelijke zorg- en financiële ondersteuning, die deze chronisch, zieke familieleden zouden kunnen ontvangen. Omdat ze niet op de hoogte zijn wat kan en wat niet mag op dit gebied, worden ze gemakkelijk doelwit van malafide aanbieders van zorg.
- Bij zorggebruikers en familieleden was merkbaar dat de aanleiding om te melden in veel gevallen de eigen zorgen waren over kwaliteit van de zorg waarbij door de melders werd opgemerkt dat ze vermoeden dat er geld werd verspild of oneigenlijk gebruikt of gefraudeerd.
- Zorggebruikers verwachten dat een zorgkantoor en vooral de IGZ hen zou helpen. Ze zijn vaak gefrustreerd dat de Inspectie individuele klachten niet behandelt, ook ernstige incidenten leiden volgens zorggebruikers niet altijd tot zichtbaar ingrijpen of hulp aan melders.
- Niet voor iedere melder is helder wat het onderscheid is tussen fraude en oneigenlijk gebruik, wat mag worden gedeclareerd of niet en welke normen er gelden voor kwaliteit van zorg.
- Melders hebben weinig kennis van de gedetailleerde financieringssystematiek van de zorg. Ze weten niet precies welke declaratieregels er gelden, wat de relatie is tussen indicatie en te leveren zorg, de status van zorgplan en dergelijke. Ze hebben geen of te weinig informatie die hen in staat stelt effectief zorgaanbieders te controleren op te leveren zorg of facturen te kunnen controleren.
- Melders geven aan weinig vertrouwen te hebben in klachtencommissies waarin personeelsleden van de instelling zitting hebben.
- In het systeem voor langdurige zorg wordt de zorggebruiker geacht overleg te voeren met zorgaanbieders en de uitvoering daarvan te controleren en zo nodig een klacht in te dienen. Bij veel mensen is niet duidelijk dat ze geacht worden die procedure te volgen en hoe ze een dergelijke procedure op een handige manier kunnen voorbereiden. Ook is vaak niet duidelijk hoe zorggebruikers of hun vertegenwoordigers kunnen omgaan met hun angst dat de zorg nog slechter wordt als ze klach-

ten indienen.

7.4 De meldingen

- Veel ontvangen meldingen hebben aanvulling nodig om te beoordelen of een melding mogelijk kansrijk is. Medewerkers van de meldpunten hebben dit als een arbeidsintensieve taak ervaren. Het is vaak moeilijk de benodigde documenten boven water te krijgen die nodig zijn als onderbouwing van de informatie. De oorzaken zijn: de melder heeft de documenten niet (meer), de drempel / verantwoordelijkheid is te hoog om aan te leveren, de melder reageert niet meer, de afhankelijke zorgrelatie verhindert of de energie ontbreekt om erachter aan te gaan.
- Het objectiveren van een melding bleek lastig, omdat bewijzen moeilijk te verzamelen zijn en wederhoor niet kan plaatsvinden. Medewerkers hebben geprofiteerd van de georganiseerde (korte) training in attitude en in het correct en vertrouwelijk behandelen van meldingen.
- Cliëntenorganisaties streefden ernaar de verantwoordelijkheid voor de melding niet 'uit handen te nemen' maar de melder te ondersteunen om eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen.
- Meldingen gaan in de meeste gevallen niet over fraude. Toch waren er zeker meldingen waarin een serieus vermoeden van ernstige fraude kon worden geconstateerd die niet eerder waren doorgeleid door melders zelf naar de geëigende instanties.
- De cliëntenorganisaties hebben meer vermoedens van gesjoemel met zorggeld en oneigenlijk gebruik ontvangen. En constateren dat onvrede over kwaliteit van zorg vaak de primaire motivatie vormt om te melden. Er is dan geen sprake van bewuste fraude, maar de cliënt oordeelt wel dat de geleverde zorg het geld niet waard was of problemen zelfs verergerd heeft.
- De cliëntenorganisaties hebben in het verrijkingsproces bij een substantieel aantal meldingen geconcludeerd dat in de ogen van melders wellicht sprake is van geldverspilling, frauduleus handelen en oneigenlijk gebruik, maar dat de gemelde zaken niet in strijd zijn met wet- en regelgeving, te vaag, te weinig concreet of niet te onderbouwen bleken te zijn. De interventie van de cliëntenorganisaties heeft mogelijk voorkomen dat ze bij de andere instanties terecht kwamen.
- De cliëntenorganisaties concludeerden dat een deel van de melders zelf al actie heeft ondernomen en vervolgens vastliepen in formele en bureaucratische procedures bij zorgaanbieders, zorgkantoren en organisaties die zich bezighouden met toezicht en opsporing. In deze contacten voelen melders zich niet altijd serieus genomen. Het bleek een motivatie voor melders om alsnog de meldpunten van cliëntenorganisaties te gebruiken.
- Sommige meldingen gaan over zeer ernstige incidenten in de kwaliteit van zorg waarbij mishandeling, seksueel misbruik, gedwongen toedienen van medicatie en het negeren van familie als belangbehartiger een rol speelt. In de meeste van deze meldingen hadden zorggebruikers of hun vertegenwoordigers de kwestie al elders aangekaart en te weinig respons gekregen.
- Soms is fraude of oneigenlijk gebruik niet aantoonbaar, maar roepen declaraties wel vragen op. Voorbeelden zijn: doorrekening van onevenredig veel indirecte tijd, onnodige afspraken. In andere gevallen is een nota geheel volgens de regels, maar zijn de regels voor de melder moeilijk te begrijpen en te accepteren; bijvoorbeeld als iemand eigen risico moet betalen voor (ongevraagde) bemoeizorg of crisiszorg.

- Ook zijn er meldingen - bijvangsten te noemen - die over andere zaken als fraude of oneigenlijk gebruik gaan, bijvoorbeeld: slechte behandeling, slechte bejegening of onzorgvuldige omgang met medisch dossier en de zorgverleningsovereenkomst.
- Bij meldingen over pgb-fraude door budgethouders in de huidige situatie, wordt de budgethouder de dupe, omdat het zorgkantoor onderzoek op de budgethouder richt en mogelijke financiële schade op hem kan verhalen in plaats van op de malafide zorgaanbieder. Dat stimuleert het doorgeven van meldingen aan een zorgkantoor niet.
- Bij een pgb is snel sprake van overtreding van regels, omdat het gebruik van pgb aan veel en heel strikte regels is gebonden. Bij zorg in natura geldt dat de vrijheid van handelen bij zorgaanbieders zo groot is, dat fraude of oneigenlijk gebruik bijna niet te constateren is.
- In de beleving van melders bij zorg in natura is sprake van fraude, als geld bestemd voor zorg aan veel meer kan worden besteed dan aan directe zorg voor hun familielid, bijvoorbeeld: bovenmatige overhead, inrichting gebouwen, of aan andere woongroepen dan waar hun eigen familielid is. Er is geen duidelijke afdwingbare plicht voor zorgaanbieders om op zijn minst de aantallen uren directe zorg te leveren op het vereiste opleidingsniveau die in de indicaties staan vermeld.
- Het gebrek aan transparantie leidt ertoe dat voor melders onduidelijk is wat mag en wat niet mag en wanneer sprake is van onterecht gesjoemel. In het huidige systeem wordt verondersteld dat zorggebruikers zelf hun rekeningen controleren of toezien op juiste besteding van zorgbudgetten via individuele zorgplannen. In de intramurale Awbz is zulke nauwgezette controle onmogelijk vanwege de ruime handelingsvrijheid van zorgaanbieders en vanwege de angst voor repercussies in de zorgverlening zelf. De meldingen hebben aan het licht gebracht dat de individuele zorggebruiker niet in staat is de Awbz intramurale zorgaanbieder goed te kunnen controleren of aan te spreken.
- De zorgontvanger met een pgb bepaalt zelf zijn/haar zorgverlener en sluit zelf een zorgovereenkomst af. De zorgontvanger betaalt de zorgverlener en houdt de administratie bij. De ontvangen pgb meldingen bij cliëntenorganisaties gaan in veel gevallen over misverstanden en onduidelijkheden in relatie tot geleverde en/of afgesproken zorg.
- Bij meldingen over pgb-zorg gaat het vaak om (kleine) zorgaanbieders en ook om individuele budgethouders. In slechts weinig gevallen hebben partijen getracht met elkaar in gesprek te komen voordat de melding plaatsvond. Melders geven aan zich bewust te zijn van (zorg)afhankelijkheid.
- Het onderscheid tussen directe uren (zorg contact hulpverlener-cliënt) en indirecte uren (overleg hulpverleners, consultatie, bijwerken zorgplan enzovoort) is voor de zorggebruiker niet helder. Bovendien ontbreken harde criteria voor de verhouding directe-indirecte uren.
- Uit de meldingen blijkt dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars vaak niet toeschietelijk zijn om mensen te helpen die vragen hebben over onduidelijke nota's. Een voorbeeld is dat mensen van hun verzekeraar wel een overzicht van declaraties krijgen, maar geen afschriften van de oorspronkelijke nota's die de aanbieder bij de verzekeraar heeft ingediend. Het vereist veel vasthoudendheid van de zorggebruiker om meer informatie te krijgen of om zaken recht te zetten.
- Het financieel belang per melding was doorgaans gering omdat het om (een vermoeden van) fraude of oneigenlijk gebruik ging per zorggebruiker. Melders verzamelen zelden informatie van mede-

zorggebruikers als ze gesjoemel vermoeden.

- Het financiële belang per melding kon variëren van enkele tientjes in geval van onterechte bijbetaling tot enkele tienduizenden euro's per jaar per zorggebruiker bij hogere zorgzwaartepakketten in de Awbz. Voor toezicht- en opsporingsinstanties is dit financieel belang gering. Melders zelf ervaren het als een hoog bedrag.

7.5 Samenwerkingspartners

- De cliëntenorganisaties hebben gezamenlijk 86 mogelijke, kansrijke meldingen doorgeleid naar de samenwerkingspartners, die niet eerder ergens waren gemeld. Zorgkantoren ontvingen de meeste meldingen. Zonder de meldpunten waren de meldingen waarschijnlijk nergens terechtgekomen.
- Het afstemmen van de verwachtingen tussen cliëntenorganisaties en toezicht- en opsporingsinstanties heeft zijn tijd nodig gehad. Deze investering heeft in de loop van het project geresulteerd in een startende samenwerking/ketenregie. Een ander resultaat is het begrip bij instanties voor de eigen (en soms specifieke) rol en verantwoordelijkheid van cliëntenorganisaties.
- Zorgkantoren reageerden in het algemeen positief op meldingen vanuit het meldpunt. Tegelijkertijd staan zorgkantoren niet vanzelfsprekend open voor directe meldingen door bezorgde zorggebruikers of familieleden van zorggebruikers in de Awbz. Zorgkantoren gaan er van uit dat zorggebruikers of hun familie zelf in overleg gaan met zorgaanbieders, zelf de gang van zaken controleren en eventueel een klacht indienen bij de zorgaanbieder, voordat het zorgkantoor zich wil bemoeien met klachten over te weinig geleverde zorg. Die weg is voor veel melders bedreigend. Veel melders vrezen in ernstig conflict te komen met de zorgaanbieder. Melders kozen er vaak voor om met naam en toenaam richting de cliëntenorganisatie te melden in de hoop dat die de kwestie zou onderzoeken. Zorgkantoren stonden open voor meldingen via cliëntenorganisaties en hebben mogelijk sneller gereageerd dan op individuele meldingen van zorggebruikers. Niettemin konden zorgkantoren inhoudelijk niets doen met anonieme meldingen.
- Cliëntenorganisaties en toezicht- en opsporingsinstanties weten elkaar in het werkveld makkelijker en beter te vinden als gevolg van dit project.
- De NZa en de IGZ hebben wel belangstelling voor individuele casussen, omdat ze bijdragen aan het signaaltoezicht en mogelijk aanpassen van wet- en regelgeving, maar doen niet aan individuele gevalbehandeling.
- LOC en de NZa hebben via informatiebijeenkomsten en het maken van stappenplannen de ontwikkeling in gang gezet om cliëntenraden beter te betrekken bij het maken van afspraken over onterechte bijbetalingen.
- De NZa heeft het mogelijk gemaakt om met de cliëntenorganisaties samen te werken om de individuele informatiepositie van zorggebruikers te versterken.
- Cliëntenorganisaties werken anders dan organisaties die zich bezig houden met opsporing en toezicht. Een cliëntenorganisatie stelt het individu en zijn/haar context centraal. Een toezichthoudende instantie kijkt vooral naar twee zaken. Worden regels en wetten goed nageleefd en is aanpassing van regels en wetgeving nodig?

8 Overzicht aanbevelingen vroegtijdige signalering

8.1 Algemeen

De aanpak en voorkoming van fraude en oneigenlijk gebruik van zorggeld is van groot belang om noodzakelijke zorg betaalbaar en gelegitimeerd te houden. Om dit te bereiken is kennis van en begrip nodig voor de vraag waar zorggeld voor bedoeld is en wanneer er sprake is van fraude of oneigenlijk gebruik. Pas dan kan alertheid ontstaan voor ‘afwijking’ van de norm en kunnen betrokken partijen, maar ook individuen dergelijke afwijkingen van de norm signaleren, verwijzen resp. oppakken.

Voor het signaleren, verwijzen en oppakken van signalen is samenwerking en vertrouwen noodzakelijk tussen instanties en organisaties met behoud van eigen verantwoordelijkheden én met begrip voor elkaars (on)mogelijkheden. Alleen wanneer e.e.a. in consistente lijn is met elkaar en eenduidig uitgelegd kan worden wat wel en niet mag bij de besteding van het geld, kan fraude bestreden en voorkómen worden.

Het bestrijden en voorkómen van fraude en oneigenlijk gebruik vraagt om helder beleid, afspraken, adequate controle, elkaar aanspreken en vormen van ‘sociale controle’ en, als er bewijsbaar gesjoemeld wordt, handhaving en bestraffing. Deze ‘keten’ werkt als partijen zich aan de eigen rol te houden en elkaar kunnen vinden om verantwoordelijkheid (of taken) over te kunnen dragen.

De ketensamenwerking over fraude in de zorg is in opbouw. Dit project heeft bijgedragen aan deze ketenvorming, maar er is meer nodig. Een dergelijke samenwerking over een gevoelig gebied als fraudesignalering, is niet eenvoudig. Zelfs partijen met een ‘geëigende’ rol op dit gebied (OM, ISZW, ministerie VWS) zijn nog doende om werkwijzen en afspraken te ontwikkelen die het gezamenlijke doel dichterbij brengen (zie bijv. rapport Andersson Elffers⁴). De cliëntenorganisaties zijn relatief nieuw in een dergelijke samenwerking. Ze hebben geen primaire taak op dit terrein en een gevoelige rol, omdat zij mensen vertegenwoordigen die afhankelijk zijn van zorg.

Cliëntenorganisaties doen op basis van hun ervaring in dit project en de conclusies op basis van hun bevindingen de volgende aanbevelingen, gericht op het zoveel mogelijk voorkomen van fraude en oneigenlijk gebruik. De aanbevelingen zijn deels gericht op cliëntenorganisaties, deels op externe samenwerkingspartners en overheid.

8.2 Voor zorggebruikers en cliëntenorganisaties

- Zorg dat individuele zorggebruikers toegang krijgen tot transparante informatie over het bekostigingssysteem in de zorg.
- Maak dat zorggebruikers zich sterk en onafhankelijk genoeg voelen om te melden als er wat misgaat. Geef heldere informatie over procedures en tips hoe zorggebruikers kunnen overleggen, controleren, klagen en melden zonder rancune of intimidatie op te roepen.

⁴Andersson Elffers Felix, Verkenning opsporingsfunctie in de zorg, Eindrapport, Utrecht, 23 juni 2014.

http://www.aef.nl/images/attachments/154/rapport_verkenning_opsporingsfunctie_in_de_zorg.pdf

- Organiseer voorlichting en informatie middels brochures of websites. Onderwerpen kunnen zijn: belang om zorgpapieren te bewaren; welke stappen zijn gewenst richting verzekeraar of zorgaanbieder als er vragen zijn over nota's (e.v.t. voorbeeldbrieven); checklist om te kijken of een niet-pluisgevoel mogelijk terecht is; mogelijkheden voor verder advies en ondersteuning.
- Zorg voor een laagdrempelige onafhankelijke meldingsmogelijkheid waar in persoonlijk vertrouwelijk contact met melder kan worden gevraagd naar onderbouwing en zo nodig eenvoudige ondersteuning of advies kan worden gegeven.
- Zorg voor een handleiding voor zorggebruikers. Ze zijn geholpen met aanwijzingen voor het voorkomen van gesjoemel en het beter 'gewapend' zijn in overleg met zorgaanbieders, zowel in de pgb sector als bij zorg in natura. De handleiding (per zorgsector aangepast) kan elementen bevatten als; hoe is de bekostiging geregeld, wat is een zorgplan, hoe kan de indicatie worden vertaald naar dagelijkse zorgpraktijk, wat zijn rechten en plichten van zorggebruikers, zorgkantoor/verzekeraar en zorgaanbieder, wie moet wat controleren. Besteed in de handleiding ook aandacht hoe en bij wie zorggebruikers een kwestie doelmatig kunnen aankaarten.
- Organiseer een groep van medewerkers (betaald en onbetaald), die advies en ondersteuning kunnen bieden aan melders van fraude, oneigenlijk gebruik of misstanden over kwaliteit van zorg. Het kan gaan om hulp en advies bij het zoeken van informatie, onderbouwing of het schrijven van brieven.
- Het project leert dat cliëntenorganisaties een laagdrempelige rol kunnen vervullen in het ontvangen van meldingen over vermoedens van fraude, oneigenlijk gebruik en/of andere misstanden. Cliëntenorganisaties die dit willen voortzetten, moeten letten op de rol van de medewerkers. Investeren in de attitude richting de melder en de sociale competenties van de medewerker is nodig om de zorggebruiker beter te kunnen horen, te ondersteunen en naar een passende keuze te kunnen begeleiden. Daarnaast is regelmatige bijscholing op het gebied van wet- en regelgeving en bekostiging in de zorg van belang.
- Organiseer als cliëntenorganisaties een train de trainers voorlichtingsnetwerk om de kern van het vraagstuk blijvend te propageren, bouw een vertrouwensrelatie op, creëer een veilige werkomgeving en werk samen met geëigende Nederlandse instellingen op dit gebied.
- Kwetsbare groepen kunnen weerbaarder worden gemaakt; onder meer door ervaringen te delen, te rapporteren uit meldpunten gecombineerd met informatie en tips en door (in langdurige zorg) samenwerking met cliëntenraden te zoeken en ervaringen te delen. Dit kan bijvoorbeeld door een netwerk/forum of bijeenkomsten aan te bieden.

8.3 Samenwerkingspartners en overheid

- Zorg voor meer transparantie in het bekostigingssysteem en het weghalen van perverse prikkels.
- Maak landelijke richtlijnen voor aanbieders en zorgverzekeraars om transparantie te versterken. Bij transparantie gaat het bijvoorbeeld om inzichtelijke en begrijpelijke nota's. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn nu niet altijd toeschietelijk om mensen te helpen die vragen hebben over onduidelijke nota's. Een voorbeeld is dat mensen van hun verzekeraar wel een overzicht van declaraties krijgen, maar geen afschriften van de oorspronkelijke nota's die de aanbieder bij de verzekeraar heeft ingediend.

- Laagdrempelige meldingsmogelijkheid heeft fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden aan het licht gebracht die voorheen ongemeld bleven. Blijf zorgen voor laagdrempelige toegang en persoonlijke begeleiding bij vermoedens van fraude en oneigenlijk gebruik, ook als ernst en omvang gering lijken. Het levert een beter overzicht op van wat er speelt in de praktijk, geeft zorggebruikers een sterker vertrouwen in het zorgsysteem en biedt ondersteuning aan de solidariteitsgedachte bij de financiering van de zorg.
- Sta open voor behandeling van meldingen ook als het om ogenschijnlijk geringe bedragen gaat. Meldingen kunnen door zorgkantoren en andere organisaties op zijn minst worden opgevat als signaal om extra te controleren op specifieke locaties bij specifieke zorgaanbieders.
- Zorg voor een ketenbenadering waarin duidelijk is wie welk soort meldingen behandelt en welke voorwaarden voor behandeling gelden.
- Geef altijd terugkoppeling bij meldingen met antwoord op vragen als: was de melding bruikbaar, wat is ermee gedaan, is doorverwezen, hoort melding elders thuis en zo ja bij wie?
- Zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen meer doen om individuele zorggebruikers te informeren over hun rechten en mogelijkheden als (langdurige) zorg aanvangt. Geef heldere informatie over hoe de individuele indicatie zich verhoudt tot het financieel budget en hoe dat budget wordt ingezet in de dagelijkse praktijk: wie komt hoeveel uur zorg verlenen, welk deel is individuele begeleiding en welk deel is groepsbegeleiding, welk deel van het budget gaat op aan bijkomende (woon)kosten en overhead. Dergelijke informatie voorkomt dat zorggebruikers situaties als frauduleus bestempen waar dat niet juist is.
- Een budgethouder die fraude signaleert dient niet gestraft te worden voor het signaal doordat het zorgkantoor uitbetaalde gelden terug gaat vorderen bij de budgethouder. De terugvordering zou zich moeten richten tot de zorgaanbieder die de fraude pleegt.
- Organisaties die zich bezighouden met het in ontvangst nemen van meldingen kunnen meer aandacht geven aan gevoelens van onvrede bij zorggebruikers en gericht adviseren of ondersteuning bieden bij een “niet pluis gevoel” of het signaleren van misstanden of fraude. Zo kunnen mogelijk echte gevallen van zorgfraude vroegtijdig worden opgespoord.
- Stel cliëntenorganisaties in staat (met financiële of andere middelen) hun achterban goed te informeren, adviseren en zo nodig te ondersteunen bij het signaleren van fraude, oneigenlijk gebruik en misstanden.
- Stel cliëntenorganisaties in staat (met financiële of andere middelen) een preventieve rol te vervullen door mensen te waarschuwen voor malafide zorgaanbieders.