

Fraude en zorgverwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen

Eindrapport

8 november 2019



Samenvatting en aanbevelingen

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) heeft onderzoek gedaan naar de aard en omvang van signalen van onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen. Het onderzoek richt zich op de zorg voor cliënten met een Wmo-indicatie voor beschermd wonen in verband met psychische problematiek, en cliënten met een Wlz-indicatie in verband met een verstandelijke beperking, die gebruik maken van een combinatie van wonen en zorg. Het IKZ heeft casuïstiek (naar aanleiding van signalen) over de periode 2015 tot medio 2019 geanalyseerd, interviews gevoerd met diverse IKZ-partners, zorgkantoren en gemeenten, en een enquête uitgezet onder gemeenten.

De conclusies en aanbevelingen die uit het onderzoek naar voren komen zijn hieronder beschreven. Deze aanbevelingen richten zich op het aanpakken van oorzaken en achtergronden van de in dit onderzoek genoemde problematiek en hebben tot doel kwetsbare cliënten beter te beschermen en de kwaliteit van de zorg te verhogen.

Omvang van de signalen

Op basis van signalen van centrumgemeenten¹ waarbij sprake is van een sterk vermoeden van fraude en/of zorgverwaarlozing, en onderzoekswaardige signalen van zorgkantoren, in de periode 2015 tot en met 2018, is een schatting gemaakt van de landelijke omvang van vermoedelijke fraude en/of zorgverwaarlozing. Dat de schatting op signalen is gebaseerd betekent enerzijds dat het veelal (nog) niet om aangetoonde fraude gaat, anderzijds blijft het deel van de fraude waarover geen signalen binnekomen, buiten beeld.

Beschermd wonen in de Wmo

- Vrijwel alle centrumgemeenten ontvangen signalen over onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen. Over pgb-gefinancierde zorg ontvangt 96% van de centrumgemeenten signalen, bij zorg in natura (ZiN) is dit 88%.

¹ Centrumgemeenten hebben een regierol voor de taken maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Er zijn in totaal 44 centrumgemeenten, die gezamenlijk een landelijke dekking hebben.

- Gemiddeld hebben centrumgemeenten in de periode 2015-2018 over 44% van het aantal aanbieders van pgb-gefinancierde zorg, en over 19% van de aanbieders van ZiN (in hun regio) signalen ontvangen.
- Op basis van de resultaten van dit onderzoek zijn jaarlijks zo'n 1.500 cliënten van beschermd wonen vanuit de Wmo in zorg bij een zorgaanbieder waarbij fraude en/of zorgverwaarlozing wordt vermoed. Dit is 4% van het totaal aantal cliënten beschermd wonen.
- Van deze 1.500 cliënten hebben 400 een pgb (8% van het totaal aantal cliënten met pgb voor beschermd wonen) en maken 1.100 gebruik van ZiN (3% van het totaal aantal cliënten met ZiN).
- Deze 1.500 cliënten vertegenwoordigen een omzet van 63,5 miljoen euro jaarlijks aan kosten.

Begeleid wonen in de Wlz

- Jaarlijks komen er zo'n 40 unieke, onderzoekswaardige signalen binnen bij zorgkantoren over aanbieders die begeleid wonen bieden aan cliënten met een Wlz-indicatie in verband met een verstandelijke beperking. Deze signalen betreffen vooral pgb-gefinancierde zorg.
- Rekenend met een geschat gemiddelde van 20 cliënten per aanbieder, zijn 800 Wlz-clieñten per jaar in zorg bij een aanbieder van begeleid wonen waarbij fraude en/of zorgverwaarlozing wordt vermoed.
- Deze 800 cliënten vertegenwoordigen een omzet van minimaal 40 miljoen euro.

Het totaalbeeld is dus dat jaarlijks naar schatting 2.300 cliënten (Wmo en Wlz) in zorg zijn bij een aanbieder van beschermd of begeleid wonen waarbij fraude en/of zorgverwaarlozing wordt vermoed. Hiermee is minimaal 100 miljoen euro gemoeid.

Aard van de signalen

Bij de signalen gaat het in regel om de combinatie van vermoedens van zowel fraude (zorg declareren die niet is geleverd) als zorgverwaarlozing: cliënten ontvangen (te) weinig zorg, terwijl er wel veel zorg wordt gedeclareerd. De signalen hebben verder de volgende kenmerken:

- Bij veel signalen gaat het om aanbieders die zich zowel op Wlz- als op Wmo-zorg richten.



- Signalen bij gemeenten betreffen zowel pgb-gefinancierde zorg als ZiN. Bij zorgkantoren gaat het voornamelijk om signalen over pgb-gefinancierde zorg.
- De vermoedelijk frauderende aanbieders richten zich vaak op kwetsbare jongeren, bijvoorbeeld met verslavingsproblematiek, een beperkt sociaal netwerk, afhankelijk en beïnvloedbaar.
- Cliënten worden actief geworven, hierbij worden ze vaak ‘gelokt’ met het aanbod van woonruimte.
- In de informatie die door behandelaren, aanbieders of cliënten verstrekt wordt ten behoeve van indicatiestelling, wordt de problematiek van de cliënt veelal aangedikt met het doel een hogere indicatie te verkrijgen dan nodig gezien de problematiek van de cliënt.
- Voor de signalen over pgb-gefinancierde zorg geldt dat de cliënten veelal niet zelf regie kunnen voeren. Bij bewindvoerders en/of gewaarborgde hulpen komen niet altijd de belangen van de budgethouder op de eerste plaats, soms lijken er banden te zijn met de zorgaanbieder.

Aanbeveling 1:

Verstrek geen pgb indien cliënten niet zelf de regie kunnen voeren, of alleen indien aannemelijk is gemaakt aan de verstrekker dat de vertegenwoordiger daadwerkelijk onafhankelijk is en handelt in het belang van de cliënt. Onderzoek de mogelijkheden om de onafhankelijkheid van de vertegenwoordiger kritischer te toetsen.

- De begeleiding, toezicht en dagbesteding zijn vaak zowel kwantitatief als kwalitatief onder de maat.
- Personeel is vaak onvoldoende geschoold, heeft weinig ervaring in de zorg.
- In sommige gevallen is sprake van onveilige situaties waarin cliënten (te) lang aan hun lot worden overgelaten.
- Zorgverwaarlozing is echter vaak moeilijk aan te tonen vanwege een gebrek aan kwaliteitscriteria en -kaders.
- Voor het mogen hanteren van het hoge uurtarief voor pgb-gefinancierde zorg, is het in de huidige situatie voldoende om een inschrijving bij de Kamer van Koophandel te hebben, wat echter geen garantie biedt voor goede zorg.

Aanbeveling 2:

Stel in samenwerking met betrokken partijen (landelijke of regionale) kwaliteitscriteria op voor beschermd/begeleid wonen, die ook gelden voor pgb-gefinancierde zorg.

Aanbeveling 3:

Stel minimale opleidingseisen vast voor zorgverleners die leidend zijn om het professionele (hoge) pgb-tarief te mogen declareren, zodat professionele zorgverlening beter is geborgd.

- In de meeste gevallen genieten de cliënten geen huurbescherming. Dit maakt de cliënt afhankelijk en beperkt zijn mogelijkheden om misstanden aan te kaarten.

Aanbeveling 4:

Voorkom huisuitzettingen zonder vervangende woonruimte om cliënten te beschermen tegen (dreiging met) dakloosheid.

- Indien een ambtshalve herindicatie wordt ingezet voor cliënten van een vermoedelijk frauderende aanbieder, leidt dit vaak tot een lagere of zelfs geen Wlz-indicatie.

Aanbeveling 5:

Onderzoek de mogelijkheden om voor (bepaalde groepen) jongeren met een verstandelijke beperking binnen de Wlz een herindicatie mogelijk te maken, in plaats van een levenslange indicatie af te geven.

- Het gaat vaak om zorgorganisaties met ingewikkelde bedrijfsstructuren, er is geregeld sprake van faillissementen en doorstarten. Soms lijken er banden te zijn met criminaliteit.
- Ook zijn signalen bekend waarbij cliënten worden misbruikt, uitgebuit of mishandeld. Soms is er sprake van het vervalsen van handtekeningen of misbruik van DigiD's van cliënten.

Aanbeveling 6: Er is behoefte aan meer/betere mogelijkheden om aanbieders te screenen en te weigeren. Dit is een punt van aandacht voor de doorontwikkeling van de nieuwe Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza).



Belemmerende factoren

De volgende factoren werken belemmerend voor het voorkomen, signaleren of aanpakken van de problematiek:

- Fraude is vaak lastig aan te tonen: in de praktijk is zeer moeilijk te bewijzen dat de gedeclareerde zorg niet is geleverd en/of dat er sprake is van opzet om fraude te plegen. Dit geldt met name in de gevallen van pgb-gefinancierde zorg waarbij gewerkt wordt met maandlonen.

Aanbeveling 7:

Verbeter toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid door vooraf afspraken te maken en kaders op te stellen over de kwantiteit, kwaliteit en beoogde doelen van de geleverde zorg (in natura én pgb-gefinancierd), waar de feitelijke situatie aan getoetst wordt.

Aanbeveling 8:

Onderzoek de mogelijkheden om, ook bij het werken met vaste maandbedragen voor pgb-gefinancierde zorg, de kwaliteit en kwantiteit van de zorg te kunnen bewaken.

- Zorgkantoren ervaren weinig handvatten om een pgb te weigeren bij vermoedens van gebrekkige kwaliteit van de zorg, vanwege het ontbreken van kwaliteitskaders en omdat ze geen kwaliteitseisen kunnen stellen aan de aanbieders van pgb-gefinancierde zorg. Er is behoefte aan mogelijkheden om een overeenkomst te kunnen sluiten tussen zorgkantoor en aanbieder van pgb-gefinancierde zorg.

Aanbeveling 9:

Onderzoek/creëer mogelijkheden om een overeenkomst te sluiten tussen zorgkantoor en aanbieder van pgb-gefinancierde zorg zodat de kwaliteit van de zorg beter kan worden geborgd.

- Voor de complexe doelgroep van beschermd en begeleid wonen is voldoende en passende zorg in natura niet altijd beschikbaar. Deze beschikbaarheid is een belangrijk middel om onnodige verstrekking van pgb's te voorkomen.

Aanbeveling 10:

Onderzoek hoe het aanbod van passende ZiN kan worden vergroot.

- Huidige regelgeving belemmert gegevensuitwisseling en samenwerking tussen zorgkantoren, gemeenten en IGJ bij signalen van fraude of zorgverwaarlozing.

Aanbeveling 11:

Creëer mogelijkheden om gegevens uit te wisselen tussen zorgkantoren en gemeenten.

Tot slot

De aanbevelingen zijn bedoeld voor zowel Wmo- als Wlz-zorg. Hierbij geldt echter dat gemeenten meer beleidsvrijheden en dus meer mogelijkheden hebben om deze op te pakken dan zorgkantoren. Daarom geldt voor de meeste aanbevelingen dat ook acties op landelijk niveau zoals nader onderzoek, het maken van afspraken of het aanpassen van regelgeving nodig of wenselijk zijn. Deze acties kunnen meegenomen worden in trajecten zoals de doorontwikkeling van de nieuwe Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) en de Agenda pgb.



Inhoudsopgave

- 1 Inleiding
 - 2 Signalen gedeeld binnen het IKZ-samenwerkingsverband
 - 3 Omvang van de signalen bij gemeenten en zorgkantoren
 - 4 Aard van de signalen bij gemeenten en zorgkantoren
 - 5 Toegang tot beschermd wonen (Wmo)
 - 6 Voorkomen, signaleren en aanpakken
 - 7 Oorzaken en achtergronden van de problematiek
 - 8 Verbeterpunten voor beleid, wet- en regelgeving
- Bijlage Afkortingen en begrippen



1. Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Het werk van het IKZ dient een maatschappelijk belang: door integer met zorggeld om te springen, houden we de zorg betaalbaar. Het Nederlandse zorgstelsel waarborgt dat goede zorg voor alle Nederlanders toegankelijk is. Met dezelfde zorg waarmee aan het zorgstelsel is gebouwd, wil het IKZ werken aan de aanpak van fraude in de zorg. Onze missie luidt daarom: 'zorg met zorg beschermd'.

Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners, zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Door expertise en informatie bij elkaar te brengen, kunnen we vanuit verschillende invalshoeken kijken naar signalen over fraude in de zorg. Toezichthouders, opsporingsdiensten en controleurs van zorgverzekeraars beschikken daardoor eerder over adequaat beeld van een potentiële fraudezaak. We kijken niet alleen naar individuele zaken, maar signaleren ook trends en ontwikkelingen. Aan de hand daarvan kunnen de IKZ-partners prioriteiten stellen en focus aanbrengen in hun controle, toezicht en opsporing.

1.1 Aanleiding en achtergrond

Het IKZ krijgt regelmatig signalen van vermoedens van fraude en zorgverwaarlozing door aanbieders van beschermd wonen en/of begeleid wonen. Het kan hierbij zowel gaan om zorg vanuit de Wet Maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als om zorg vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), of beide. Diverse partners van het IKZ (waaronder de IGJ, het CIZ, de VNG en de SVB) signaleren hier een frauderisico en geven aan dat ze behoefte hebben aan nader onderzoek naar de problematiek bij de koppeling tussen wonen en zorg. Ook in de signaleringsbrief 2017 en in de Kamerbrief agenda pgb² worden knelpunten in relatie tot zorgfraude genoemd bij woonvormen gefinancierd vanuit een persoonsgebonden budget (pgb).

² Kamerbrief agenda pgb, 18 december 2018.

Kenmerkend voor de problematiek is dat de zorg gecombineerd wordt met huisvesting. De koppeling van wonen en zorg impliceert een sterke afhankelijkheid van de zorgaanbieder. Zeker als er sprake is van een 'koppelbeding'. Dit betekent dat degene die woont in een woonvorm van de aanbieder, verplicht is om zorg af te nemen bij de partij die genoemd wordt in het huurcontract. Hiervoor wordt soms gekozen om het doelmatig aanbieden van voorzieningen zoals gemeenschappelijke ruimten mogelijk te maken. Het kan echter ook negatief uitpakken voor de cliënt. De verwevenheid van wonen en zorg werd ook in de signaleringsbrief 2017 als punt van zorg benoemd:

*'Daarnaast komt het voor dat huisvesting en zorg (te) sterk met elkaar verweven zijn. Er zijn signalen bekend waarin cliënten verplicht worden door de zorgaanbieder zorg in te kopen bij het wooninitiatief, maar waarbij zij onvoldoende zorg ontvangen.'*³

In de bij het IKZ bekende casuïstiek zien we signalen van ernstige problemen op het gebied van zorgverwaarlozing, misbruik van cliënten, en fraude bij beschermd en begeleid wonen. Deze signalen geven reden tot bezorgdheid. Het gaat hierbij niet alleen om het ten onrechte opstrijken van zorggeld, ook wordt er misbruik gemaakt van kwetsbare personen en krijgen cliënten vaak niet de zorg die ze nodig hebben. Het IKZ heeft daarom nader onderzoek gedaan naar deze problematiek.

1.2 Doel- en vraagstelling

Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is geformuleerd naar aanleiding van de wensen en aandachtspunten van verschillende IKZ-partners:

- A. Zicht geven in aard, omvang en impact van (signalen van) fraude en zorgverwaarlozing door aanbieders van beschermd en begeleid wonen. Met impact doelen we hier zowel op financiële impact als op de impact voor de betrokken cliënten (bijvoorbeeld aantal cliënten die te weinig of geen zorg hebben gekregen).

³ Signalering 2017 over onderzoeken naar zorgfraude. 14 december 2017.



- B. Zicht geven op effectieve maatregelen en bruikbare risico-indicatoren die de verschillende partners inzetten om de problematiek te voorkomen of vroegtijdig te signaleren en aan te pakken, zodat bruikbare kennis kan worden gedeeld.
- C. Aanbevelingen doen voor aanpassing van wet- en regelgeving om de problematiek te kunnen verminderen of cliënten beter te kunnen beschermen.

Aandachtspunten en afbakening

Bij het in kaart brengen van casuïstiek/problematiek ligt de focus op (duidelijke) vermoedens van fraude en/of zorgverwaarlozing door aanbieders van zorg aan cliënten die beschermd wonen vanuit de Wmo en/of cliënten met een Wlz-indicatie in verband met een verstandelijke beperking (met name die zorgprofielen waarbij de nadruk ligt op begeleiding).

Binnen dit onderzoek kunnen we alleen kijken naar (aard en omvang van) casuïstiek waar signalen over zijn. De 'verborgen' fraude (vermoedelijke fraude waarover geen signalen bekend zijn) blijft dus buiten beeld. Het IKZ is echter wel voornemens binnenkort te starten met een pilot-onderzoek om zicht te krijgen op de omvang van de totale (dus ook de verborgen) pgb-fraude. Dit biedt mogelijk kansen om in vervolgonderzoeken schattingen te kunnen maken van de totale omvang van (verschillende vormen van) van zorgfraude.

Onderzoeksvragen

Het onderzoek richt zich op beantwoording van de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoeveel signalen over vermoedelijke fraude, onrechtmatigheden en/of zorgverwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen heeft het IKZ-samenwerkingsverband en hebben gemeenten en zorgkantoren in de afgelopen periode (vanaf 2015) ontvangen?
2. Wat zijn, bij deze bekende casussen, kenmerken van:
 - De zorgaanbieders: nieuwe of bestaande aanbieders, landelijk of regionaal, omvang, omzet, organisatievorm.
 - De cliënten: aantal cliënten, kenmerken van de problematiek, leeftijd, historie van zorggebruik, sociale en culturele achtergrond.
3. Welke conclusies kunnen hieruit getrokken worden over aard, omvang en impact (financieel en ook voor cliënten) van deze (gesignaleerde) problematiek?
4. Welke (overige) instrumenten en maatregelen zetten partijen (indicatiestellers en verstrekker) in om de problematiek te voorkomen of vroegtijdig te signaleren en aan te pakken? Welke hiervan zijn effectief? Welke aanbevelingen volgen hieruit voor de verschillende partners?
5. Welke belemmeringen en verbeterpunten zien de partijen voor wet- en regelgeving, om de problematiek te kunnen voorkomen, beter aan te pakken en/of cliënten beter te kunnen beschermen?
6. Welke aanbevelingen voor aanpassing van wet- en regelgeving volgen uit de bevindingen?
 - De geïndiceerde zorg, omvang van de budgetten.
 - De geleverde zorg in relatie tot de geïndiceerde zorg, kwantitatief en kwalitatief.
 - Kenmerken van de woonvorm: collectieve woonvormen dan wel particuliere huurwoningen, aanwezigheid van 24-uursbezetting/toezicht, koppeling van wonen/zorg, hoogte van de huur.
 - Wettelijk kader waaruit zorg wordt geleverd (Wlz en/of Wmo), pgb dan wel ZiN (zorg in natura).
 - De fraude en andere onwenselijke praktijken: vervalsing, te veel declareren, ronselen van cliënten, niet-onafhankelijke bewindvoering, intimidatie, banden met criminaliteit.

1.3 Aanpak van het onderzoek

Het onderzoek bestond uit de volgende activiteiten:

- Een analyse van de aard en omvang van de signalen over beschermd/begeleid wonen die gedeeld zijn binnen het IKZ.
- Interviews met diverse partners van het IKZ: het CIZ, de IGJ, de inspectie SZW en de SVB.
- Interviews met vijf gemeenten.
- Interviews met drie grote Wlz- concessiehouders, en schriftelijke input van een vierde grote Wlz- concessiehouder.
- Een internetenquête die is uitgezet onder alle gemeenten, en is ingevuld door 24 centrumgemeenten⁴ en 32 regiogemeenten⁵.

⁴ Centrumgemeenten hebben een regierol voor de taken maatschappelijke opvang en beschermd wonen. Er zijn in totaal 44 centrumgemeenten, die gezamenlijk een landelijke dekking hebben. De respons van 24 centrumgemeenten betreft dus ruim de helft.

⁵ Met 'regiogemeenten' bedoelen we de niet-centrumgemeenten.



2 Signalen gedeeld binnen het IKZ-samenwerkingsverband

In dit hoofdstuk gaan we in op de kenmerken van signalen over beschermd en begeleid wonen die zijn gedeeld binnen het IKZ-samenwerkingsverband (hierna IKZ). Deze signalen vormden een belangrijke aanleiding voor dit onderzoek. Omdat niet alle signalen van de IKZ-partners worden gedeeld binnen het IKZ, zijn de signalen die bekend zijn bij het IKZ niet representatief voor het landelijke beeld. In de volgende hoofdstukken, over signalen bij gemeenten en zorgkantoren, trachten we wel een completer en breder beeld te geven. Hieraan voorafgaand geven we in dit hoofdstuk eerst inzicht in het specifieke karakter van de signalen die behandeld zijn binnen het IKZ.

In de periode vanaf de start van het IKZ in 2016, tot en met de eerste helft van 2019, zijn door het IKZ over 27 aanbieders signalen behandeld⁶ van vermoedens van fraude bij beschermd en/of begeleid wonen. De signalen zijn ingebracht door diverse partners van het IKZ (gemeenten, IGJ, NZa, ZN, inspectie SZW, CIZ, FIOD). De meeste signalen zijn door meer dan één partner ingebracht.

De 27 casussen⁷ geven op deze manier een inkijk in de casuïstiek over beschermd wonen bij het IKZ.

Kenmerken van de zorgaanbieders

De onderzochte casuïstiek heeft meestal betrekking op middelgrote aanbieders, met twintig tot veertig cliënten. Een enkele heeft minder dan 10 cliënten en er zijn twee uitschieters met rond de 100 cliënten en één organisatie met meer

⁶ Voor de analyse van de signalen bij het IKZ is gebruik gemaakt van verschillende bronnen: Over de periode van 2016-2019 is binnen 'standaard informatie producten' (SIP's, dit zijn beknopte verzameldossiers over een verrijkt signaal) gezocht met de zoekterm 'beschermd' of 'begeleid' wonen. Daarnaast is informatie over casustafels en IKZ-overleggen van 2017-2019 bekeken met een zelfde zoekopdracht. Voor deze bronnen is gekozen omdat de casussen die terecht komen in een IKZ-overleg, casustafel en/of SIP verrijkt zijn en door meerdere partners als een serieus fraudesignaal worden gezien. Daarnaast maakt de verrijkingsslag dat er voldoende informatie beschikbaar is over het fraudevermoeden. Deze search resulteerde in een selectie van 27 casussen over beschermd/begeleid wonen.

⁷ Met de term 'casus' bedoelen we in dit hoofdstuk één of meer signalen over één aanbieder, die binnen het IKZ-verband verrijkt zijn.

dan 300 cliënten. Omzetcijfers variëren per aanbieder van enkele tonnen tot enkele miljoenen per jaar.

Een aantal zaken valt op aan deze zorgaanbieders. Zo gaat het opvallend vaak om organisatievormen met ingewikkelde structuren zoals verschillende B.V.'s en stichtingen. Tevens valt op dat er vaak sprake is van zaken als naamswijzigingen, doorstart en faillissementen.

Opvallend veel van de onderzochte zorgaanbieders werken in een netwerk van familie en bekenden samen of hebben dezelfde bestuurders. Een bestuurder is dan bijvoorbeeld actief als bestuurslid bij meerdere organisaties of werkt bij een gelieerde organisatie als zzp'er. Meer dan eens wordt een organisatie, bestuurder of medewerker in meerdere fraudevermoedens genoemd: *"Netwerk en verwevenheid met andere ondernemingen van dezelfde personen. Steeds opnieuw starten lijkt het doel"*.

Kenmerken van de cliënten

In de voor dit onderzoek geselecteerde casuïstiek gaat het vaak om cliënten met een verstandelijke beperking, psychische problematiek en/of een verslaving. Ook zien we soms dat een aanbieder zich op een specifieke doelgroep richt, zoals zorg voor meisjes met een prostitutie verleden, cliënten zonder sociaal netwerk, zorgmijders of cliënten met een bepaald land van herkomst als overeenkomst (Suriname, Nederlandse Antillen, Turkije). De cliënten worden actief door de zorgaanbieder benaderd en soms zelfs betaald of gelokt met cadeaus om zorg bij de aanbieder af te nemen.

Geïndiceerde zorg, wettelijk kader en leveringsvorm

In alle casussen gaat het om aanbieders die zorg leveren vanuit de Wmo, de Wlz of beide, soms in combinatie met de Jeugdwet of de Zorgverzekeringswet. Opvallend vaak gaat het om een combinatie van de Wmo en Wlz: 15 van de 27 aanbieders leveren zorg vanuit deze beide wetten.

De cliënten zijn over het algemeen geïndiceerd voor begeleid wonen met dagbesteding of beschermd wonen met dagbesteding, begeleiding, en



eventueel verzorging. Bij zorg vanuit de Wlz gaat het voornamelijk om de zorgprofielen VG03 tot en met VG07⁸.

Zeer opvallend is dat het vrijwel in alle casuïstiek gaat om zorg die bekostigd wordt vanuit een persoonsgebonden budget (pgb): zestien aanbieders leveren alleen pgb-gefinancierde zorg, negen aanbieders leveren pgb-gefinancierde zorg én ZiN (zorg in natura), bij twee aanbieders is dit onbekend.

Wonen en zorg

In de meeste casussen is sprake van een collectieve woonvorm of biedt de zorgaanbieder woonruimte aan die cliënten kunnen huren. In enkele gevallen wonen de cliënten 'zelfstandig' en ontvangen enkele uren zorg per week. Veelal is de woning van de zorgaanbieder, of van een verhuurder die gerelateerd is aan de zorgaanbieder. Wonen en zorg worden in twintig van de 27 casussen door dezelfde partij geleverd.

Zorgverwaarlozing en bejegening cliënten

In de casuïstiek valt op dat er vrijwel in alle gevallen sprake is van signalen van zorgverwaarlozing, waarbij de zorg kwantitatief en/of kwalitatief onvoldoende zou zijn. Zo zien we bijvoorbeeld dat er weinig of onprofessionele dagbesteding of begeleiding wordt geleverd. Veelal is er geen 24-uurs toezicht of begeleiding beschikbaar terwijl dit wel nodig is gezien de indicatie van de cliënten, is het personeel onvoldoende gekwalificeerd, of bestaan er twijfels of de begeleiding indien nodig wel tijdig aanwezig kan zijn. In sommige gevallen bestaat de begeleiding eruit dat slechts 'af en toe iemand even komt kijken hoe het gaat', hetgeen duidelijk ontoereikende zorg is voor cliënten met ernstige beperkingen.

Naast onvoldoende zorg zien we ook regelmatig gevallen waarbij cliënten zeer onwenselijk bejegend of zelfs mishandeld worden. Zo wordt in de casuïstiek gesproken over lichamelijke mishandeling (schoppen, slaan), intimidatie (bijvoorbeeld dreigen met geen eten), onbeschoft en kleinerend gedrag, uitbuiting en onder druk zetten om bijvoorbeeld een handtekening te zetten,

⁸ Binnen de Wlz wordt de behoefte aan zorg en begeleiding uitgedrukt in een zorgprofiel. Voor cliënten met een verstandelijke beperking zijn de zorgprofielen VG03 t/m VG08 beschikbaar. Hierbij geldt in het algemeen dat een hoger nummer staat voor een grotere zorgbehoefte.

dreigen met huisuitzetting, aanzetten tot prostitutie, dwingen tot seksuele handelingen, aanzetten tot het verrichten van zware arbeid in de bouw en opsluiting.

Kenmerken (vermoede) fraude⁹

Wat betreft kenmerken van de (vermoede) fraude zien we in de casuïstiek het volgende:

- Zorg declareren zonder dat er zorg geleverd is, meer zorg declareren dan geleverd, informele zorg als formele zorg declareren. Vervolgens gebruiken de bestuurders het geld voor privé aankopen als vakanties, auto's, woningen of krijgen cliënten een deel van het geld in plaats van zorg. Ook wordt soms geschoven met bedragen tussen verschillende ondernemingen.
- Een hogere indicatie aanvragen dan de zorgvraag rechtvaardigt. Cliënten worden bij indicatiestelling door de zorgaanbieder onder druk gezet of omgekocht en geïnstrueerd om een zo hoog mogelijke indicatie te bemachtigen.
- Aanleveren van vervalste/ gefingeerde informatie, zoals vervalste diploma's van werknemers, valse medische verklaringen over de cliënt ten behoeve van het verkrijgen van een zorgindicatie.
- De pgb's worden veelal beheerd via de zorgaanbieder. Budgethouders moeten bankpassen, zorgpassen, paspoortgegevens en DigiD's afstaan, waarmee zonder toestemming handelingen worden uitgevoerd zoals het indienen van declaraties bij de SVB. Bestuurders of relaties van de bestuurder fungeren als gewaarborgde hulp¹⁰, mentor of bewindvoerder. Soms staan contactgegevens van een bestuurder in de cliëntendossiers terwijl hier de persoonlijke contactgegevens zouden moeten staan van de cliënt.

⁹ Het betreft hier vermoedens op basis van de signalen, geen vastgestelde feiten.

¹⁰ Een gewaarborgde hulp zorgt er voor dat aan de verplichtingen wordt voldaan die horen bij het pgb, indien een budgethouder dit zelf niet kan.

Overige criminaliteit

Naast zorgfraude hebben veel onderzochte zorgaanbieders ook banden met andere vormen van criminaliteit¹¹. Zo wordt in zes casussen drugshandel en witwassen genoemd en gelinkt aan de zorgaanbieder. Vijf keer wordt mensenhandel (arbeidsuitbuiting en/of seksuele uitbuiting) genoemd. Daarnaast wordt gesproken over deelname aan criminele organisaties, identiteitsfraude, vermogensdelicten, faillissementsfraude, belastingontduiking, valsheid in geschrifte, misleiding, en oplichting.

Conclusie

In de afgelopen vier jaar heeft het IKZ 27 casussen behandeld waarbij zorgfraude bij beschermd of begeleid wonen werd vermoed. Het gaat hierbij veelal om zorgwekkende gevallen waarbij kwetsbare cliënten in het beste geval niet de zorg krijgen die ze nodig hebben, en in het slechtste geval worden misbruikt, uitgebuit of mishandeld. Het gaat vaak om zorgorganisaties met ingewikkelde structuren, netwerken van aan elkaar gerelateerde personen die we soms in meerdere casussen zien opduiken, en om faillissementen en doorstarten. De aanbieders richten zich op kwetsbare, afhankelijke cliëntgroepen die actief worden geworven en in een woonvorm van de zorgaanbieder worden gehuisvest, waar ze vervolgens weinig of geen zorg krijgen. Het gaat vaak om aanbieders die zowel cliënten uit de Wmo als uit de Wlz hebben, en altijd om pgb-gefinancierde zorg of een combinatie van ZiN en pgb-zorg.

Uit de bovengenoemde IKZ-casussen kunnen geen conclusies getrokken worden over aard en omvang van het probleem op landelijk niveau. Zoals aan het begin van dit hoofdstuk gezegd, worden in IKZ-verband slechts een deel van de signalen met betrekking tot zorgfraude gemeld en behandeld en mogelijk de meest ernstige. Om een beeld te krijgen van aard en omvang van het probleem op landelijk niveau, is uitvraag gedaan bij gemeenten en zorgkantoren. Die bevindingen beschrijven we in de volgende hoofdstukken.

¹¹ Dit werd reeds geconstateerd in eerder IKZ-onderzoek 'Strafrechtelijke antecedenten bij vermoedens van zorgfraude', van 4 juni 2019.

3 Omvang van de signalen bij gemeenten en zorgkantoren

Een belangrijk doel van dit onderzoek is om inzicht te krijgen in de omvang van het aantal signalen van fraude, onrechtmatigheden en/of zorgverwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen. Met dit doel hebben we aan gemeenten en zorgkantoren gevraagd hoeveel van deze signalen zij ontvangen.

In dit hoofdstuk rapporteren we over de omvang van de signalen waarbij ernstige vermoedens zijn van onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing, die gemeenten en zorgkantoren ontvangen. Hierbij baseren we ons op signalen van centrumgemeenten waarbij sprake is van een sterk vermoeden van fraude en/of zorgverwaarlozing, en onderzoekswaardige signalen van zorgkantoren, in de periode 2015 tot en met 2018. We geven op basis hiervan een indicatie van het aantal totaal aantal cliënten van vermoedelijk frauderende aanbieders en de kosten die hiermee gemoeid zijn. Gezien diverse onzekerheden en aannames bij het schatten van deze omvang, kunnen deze cijfers slechts als indicatief voor de omvang van de vermoede fraude beschouwd worden. Er kunnen hieruit geen conclusies getrokken worden over de totale omvang van de feitelijke fraude.

3.1 Gemeenten (Wmo zorg)

Zowel in de interviews als in de enquête zijn gemeenten gevraagd naar het aantal signalen over onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen. Bij het rapporteren over aantallen in deze paragraaf baseren we ons op de enquête. Daarbij rapporteren we alleen over de signalen die centrumgemeenten hebben ontvangen¹². Aan centrumgemeenten is namelijk gevraagd naar het aantal signalen over aanbieders die beschermd wonen leveren aan cliënten uit de eigen gemeente en/of de omliggende regiogemeenten. De cijfers van de centrumgemeenten beslaan daarom een grotere regio en zijn daarmee representatiever dan de cijfers van de regiogemeenten. Bovendien voorkomen we zo mogelijke dubbelingen, omdat

¹² In de overige hoofdstukken van dit rapport rapporteren we zowel over de resultaten van centrumgemeenten als van regiogemeenten.

signalen die bekend zijn bij regiogemeenten wellicht ook door de centrumgemeenten zijn gerapporteerd.

Representativiteit cijfers

De enquête is ingevuld door 24 centrumgemeenten, daarnaast heeft één centrumgemeente nog separaat informatie over aantallen signalen aangeleverd. Niet alle gemeenten konden echter een inschatting maken van het aantal signalen over onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen. In totaal hebben 20 centrumgemeenten hiervan een inschatting kunnen maken. De cijfers in deze paragraaf zijn dus gebaseerd op de signalen van deze 20 centrumgemeenten¹³.

Om een indruk te krijgen van hoe representatief deze 20 gemeenten zijn, is gekeken naar het aantal indicaties voor beschermd wonen volgens CBS-cijfers¹⁴. Het landelijk gemiddelde aantal indicaties voor beschermd wonen per centrumgemeente is 892 (volgens voorlopige cijfers van het CBS over 2018). In onze steekproef van 20 centrumgemeenten, is dat gemiddelde 883. Dat deze gemiddelden nauwelijks van elkaar verschillen, zien we als indicator dat de gemeenten in de steekproef voldoende representatief zijn (gezien de omvang van de beschermd wonen cliëntenpopulatie) om, door middel van extrapolatie, in dit hoofdstuk een schatting te maken van de landelijke omvang van vermoedelijk fraude¹⁵.

Aantal fraudesignalen bij centrumgemeenten in enquête

Voorafgaand aan het komen tot een inschatting van de landelijke omvang van de problematiek, rapporteren we eerst over de mate waarin de centrumgemeenten die deel hebben genomen aan de enquête, signalen

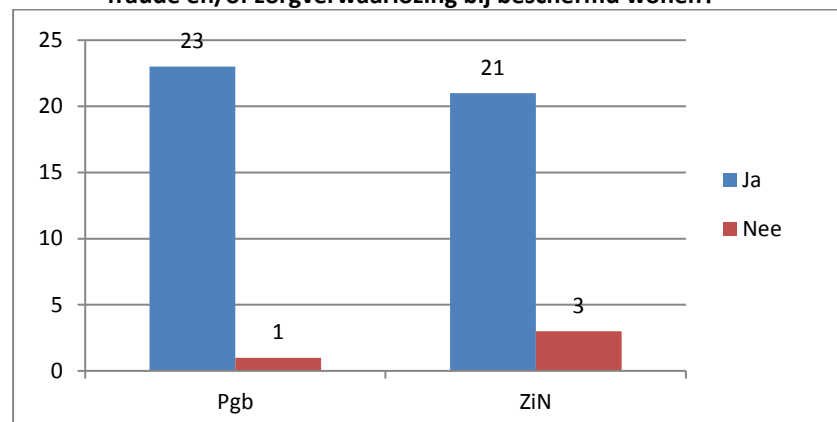
¹³ Er zijn in totaal 44 centrumgemeenten, die gezamenlijk een landelijke dekking hebben.

¹⁴ Dit betreffen voorlopige cijfers over het aantal indicaties voor beschermd wonen per centrumgemeente in 2018. Voor enkele centrumgemeenten ontbreken de cijfers, omwille van de analyse zijn die vervangen door het gemiddeld aantal indicaties per centrumgemeente.

¹⁵ Overigens merken we op dat we het aantal signalen dat de centrumgemeenten ontvangen niet bij elkaar op mogen tellen om te komen tot een landelijk beeld. De reden hiervoor is dat dit mogelijk tot dubbelstellingen leidt, omdat eenzelfde aanbieder in meerdere regio's actief kan zijn. We rapporteren daarom alleen over het aantal signalen per centrumgemeente en niet over het totaal aantal signalen landelijk.

ontvangen. In de enquête is aan gemeenten gevraagd of zij in de afgelopen vier jaar signalen hebben ontvangen over onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen. Voor deze periode van vier jaar is gekozen om te kunnen corrigeren voor jaren waarin relatief veel of juist weinig signalen zijn ontvangen.

Figuur 1 Heeft uw gemeente in de periode 2015-2018 signalen ontvangen over fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen?



Bron: enquête onder gemeenten

Vrijwel alle centrumgemeenten ontvangen signalen over beschermd wonen. In de figuur is te zien dat 96% van de centrumgemeenten in de afgelopen vier jaar signalen heeft ontvangen over onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen met een pgb. Voor ZiN is dit percentage 88%.

Aan de centrumgemeenten die signalen hebben ontvangen is tevens gevraagd over hoeveel aanbieders zij in de periode 2015-2018 hebben ontvangen.

Tabel 1 Aantal aanbieders van beschermd wonen waarover signalen zijn ontvangen in de periode 2015-2018

	pgb	ZiN
Gemiddeld aantal aanbieders waarover signalen zijn ontvangen	7,8	4,3

Minimum aantal aanbieders waarover signalen zijn ontvangen	0	0
Maximum aantal aanbieders waarover signalen zijn ontvangen	40	11

Bron: enquête onder gemeenten

Gemiddeld zijn in de periode 2015-2018 over aanbieders van pgb-gefinancierde zorg 7,8 signalen per centrumgemeente binnengekomen, bij aanbieders van ZiN gaat het gemiddeld om iets minder signalen, namelijk 4,3.

Door het aantal signalen per centrumgemeente te relateren aan het aantal aanbieders dat in 2019 pgb-gefinancierde zorg dan wel ZiN levert aan cliënten in de betreffende centrumgemeente, krijgen we een indruk van het percentage aanbieders waar signalen over binnen komen. Gemiddeld hebben centrumgemeenten in de periode 2015-2018 over 44% van het aantal aanbieders van pgb-gefinancierde zorg (in 2019) signalen ontvangen. Voor ZiN is dit percentage lager, namelijk 19%.

Schatting van de landelijke omvang van de problematiek

Vanuit de signalen die door de centrumgemeenten in de enquête zijn gerapporteerd, is een schatting gemaakt van de landelijke omvang van vermoedelijke onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen.

Hiertoe is ten eerste een raming gemaakt van het aantal cliënten dat in zorg is bij een vermoedelijk frauderende aanbieder bij de centrumgemeenten in de steekproef¹⁶. Vervolgens is dit aantal opgehoogd naar een landelijk aantal. De factor waarmee is opgehoogd is gebaseerd op de verhouding tussen het aantal cliënten beschermd wonen bij centrumgemeenten in de steekproef, en het landelijk aantal cliënten, op basis van CBS-cijfers¹⁷. Aldus komen we tot een schatting van het totaal aantal cliënten landelijk dat jaarlijks in zorg bij een vermoedelijk frauderende aanbieder.

¹⁶ Met 'steekproef' bedoelen we hier de centrumgemeenten die in de enquête hebben aangegeven hoeveel signalen ze hebben ontvangen.

¹⁷ Dit betreffen voorlopige cijfers van het CBS over het aantal indicaties voor beschermd wonen per centrumgemeente in 2018, uitgesplitst naar pgb en ZiN. Voor enkele centrumgemeenten ontbreken deze cijfers, omwille van de analyse zijn die vervangen door het gemiddeld aantal indicaties per centrumgemeente.

In tabel 2 zijn de belangrijkste cijfers waarmee gerekend is, weergegeven. In het kader daarna zijn stapsgewijs de verschillende berekeningen toegelicht die zijn uitgevoerd om tot deze cijfers te komen.

Tabel 2 Aantallen cliënten beschermd wonen in zorg bij vermoedelijk frauderende zorgaanbieder

	pgb	ZiN	Totaal
Aantal cliënten beschermd wonen bij centrumgemeenten in steekproef	1.850	10.897	12.747
Aantal cliënten beschermd wonen totaal landelijk	5.075	35.022	40.097
Percentage cliënten beschermd wonen in steekproef	36%	31%	32%
Aantal cliënten in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieder bij centrumgemeenten in steekproef, per jaar	159	335	494
(Schatting) aantal cliënten in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieder landelijk, per jaar	435	1.077	1.512
(Schatting) percentage cliënten beschermd wonen in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieder, per jaar	8,6%	3,1%	3,8%

Bron: enquête onder gemeenten gecombineerd met voorlopige cijfers CBS over cliënten beschermd wonen, 2018

In tabel 2 is ten eerste het aantal cliënten beschermd wonen weergegeven in de centrumgemeenten in de steekproef, en daaronder de landelijke aantallen. De aantallen in de steekproef representeren respectievelijk 36% van het totaal aantal cliënten met een pgb voor beschermd wonen en 31% van de cliënten met ZiN. Vervolgens zijn dezelfde percentages gebruikt om de aantallen cliënten in zorg bij een vermoedelijk frauderende aanbieder in de centrumgemeenten in de steekproef, op te hogen tot 100% (landelijk).

Op deze wijze komen we tot de volgende cijfers voor de zorg geleverd door gemeenten (Wmo): naar schatting zijn jaarlijks ruim 400 cliënten met een pgb voor beschermd wonen in zorg bij een vermoedelijk frauderende aanbieder, en een kleine 1.100 cliënten die gebruik maken van beschermd wonen in natura: in totaal zo'n 1.500 cliënten. Procentueel betreft dit ruim 8% van het totaal aantal cliënten met een pgb voor beschermd wonen, zo'n 3% van het totaal aantal cliënten dat beschermd wonen in natura afneemt, en een kleine 4% van het totaal aantal cliënten beschermd wonen.

Rekenmethode om te komen tot schatting van aantal cliënten in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieders van beschermd wonen

- We starten met het aantal signalen¹⁸ dat de centrumgemeenten in de enquête aangeven te hebben ontvangen in de periode 2015 t/m 2018, afzonderlijk voor pgb gefinancierde zorg en ZiN.
- Aan de gemeenten is in de enquête gevraagd bij hoeveel van deze signalen er sprake was van *een sterk vermoeden* van onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing. Hiermee corrigeren we voor signalen die vaag of onvoldoende onderbouwd zijn. We rekenen verder met dit aantal signalen waarbij er sprake is van een sterk vermoeden. Sommige gemeenten konden niet aangeven bij hoeveel signalen er sprake was van een sterk vermoeden. Voor deze gemeenten is gerekend met de mediaan¹⁹ van de percentages van de gemeenten die dit wel konden aangeven. Deze mediaan bedraagt 50%²⁰.
- Om te komen tot een schatting van het aantal signalen per jaar, delen we de aldus verkregen aantallen signalen in de periode 2015 t/m 2018, waarbij sprake is van een sterk vermoeden, door 4.
- We hebben nu van de deelnemende centrumgemeenten een schatting van het aantal signalen waarbij sprake is van een sterk vermoeden van onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing, per jaar, met onderscheid naar pgb-zorg en ZiN. We willen van dit aantal signalen komen tot een schatting van het aantal cliënten in zorg bij deze vermoedelijk frauderende aanbieders. We doen dit door het aantal aanbieders per centrumgemeente te delen door het aantal cliënten, met uitsplitsing naar pgb-zorg en ZiN. Hierbij combineren we enquêteresultaten met CBS-data. In de enquête is gevraagd naar het aantal aanbieders van beschermd wonen dat binnen de centrumgemeenten en omliggende regiogemeenten pgb-gefinancierde zorg dan wel ZiN levert (of een combinatie). We hebben het aantal cliënten in de centrumgemeente met een pgb voor beschermd wonen, of met ZiN (volgens CBS-cijfers), gedeeld door respectievelijk de aantallen aanbieders van pgb-zorg dan wel ZiN in de centrumgemeenten. Hiermee verkrijgen we het gemiddeld aantal cliënten per aanbieder van pgb-zorg dan wel ZiN, per centrumgemeente. Enkele centrumgemeenten konden geen inschatting maken van het aantal aanbieders van beschermd wonen, bij hen zijn de gemiddelde aantallen van de andere centrumgemeenten gebruikt.

¹⁸ We hebben gevraagd naar signalen over unieke aanbieders. Als we hier spreken over *aantallen signalen*, bedoelen we hiermee in feite *het aantal aanbieders over wie signalen zijn ontvangen*.

¹⁹ De mediaan staat voor de middelste waarneming en wordt als centrummaat gebruikt in plaats van het gemiddelde, indien er sprake is van een scheve verdeling (een verdeling van waarden die afwijkt van de normale verdeling).

²⁰ Een mediaan van 50% betekent dat de helft van de gemeenten een percentage lager dan 50% noemt, en de helft van de gemeenten een percentage hoger dan 50%.

- We kunnen nu het aantal signalen per centrumgemeente per jaar, met onderscheid naar pgb-zorg en ZiN, vermenigvuldigen met het gemiddeld aantal cliënten per aanbieder van respectievelijk pgb-zorg en ZiN in de betreffende gemeenten. We krijgen aldus een schatting van het aantal cliënten dat jaarlijks in zorg is bij vermoedelijk frauderende zorgaanbieders, uitgesplitst naar pgb-gefinancierde zorg en ZiN, in de centrumgemeenten die in de enquête over aantallen signalen hebben gerapporteerd.
- De laatste stap is om van het aantal cliënten dat in de centrumgemeenten in de steekproef in zorg is bij vermoedelijk frauderende aanbieders, te komen tot een schatting van een landelijk aantal. Dit doen we door te extrapoleren op basis van het totaal aantal cliënten met een indicatie voor beschermd wonen in de gemeenten in de steekproef, naar het landelijke aantal. Op basis van CBS cijfers zien we dat de centrumgemeenten in onze steekproef 36% van het landelijk aantal cliënten met een pgb voor beschermd wonen representeren, en 31% van cliënten die gebruik maken van ZiN. Door de aantallen cliënten die in zorg zijn bij vermoedelijk frauderende aanbieders in de centrumgemeenten in de steekproef, te vermenigvuldigen met respectievelijk 100/36 en 100/31, komen we aldus op een schatting van het totaal aantal cliënten dat jaarlijks in zorg is bij een vermoedelijk frauderende aanbieder.

Indicatie van kosten

De gemeenten hebben in de enquête tevens gerapporteerd over de maandtarieven die de vermoedelijk frauderende aanbieders gemiddeld ontvangen per cliënt. Het gemiddelde tarief wat door de gemeenten wordt genoemd bedraagt €3.500. Dit maandbedrag vermenigvuldigen we met het geschatte aantal cliënten landelijk per jaar dat in zorg is bij een vermoedelijk frauderende aanbieder van beschermd wonen (1.512), en vervolgens met 12 maanden. We komen dan op een schatting van zo'n 63,5 miljoen euro jaarlijks aan totale kosten van cliënten van aanbieders van beschermd wonen in de Wmo, bij wie een sterk vermoeden is van onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing.

Aannames en schattingen

Om tot de in deze paragraaf genoemde schattingen van fraude bij beschermd wonen in de Wmo te komen, zijn diverse aannames en schattingen gedaan. Deze geven we hieronder weer.

- De gemeenten hebben in de enquête gerapporteerd over aantallen signalen. Voor veel gemeenten betroffen dit schattingen.
- De kans op het registreren van een fraudesignaal zal in de ene gemeente groter zijn dan in de andere gemeente. Omdat niet alle fraudesignalen bij gemeenten terecht zullen komen, verwachten we dat het aantal signalen waarover is gerapporteerd, een onderschatting betreft.
- We maken een schatting op basis van signalen waarbij sprake is van een 'sterk vermoeden'. Het gaat hier dus niet om feitelijk vastgestelde fraude. Gevraagd naar het aantal signalen waarbij fraude daadwerkelijk is vastgesteld, geven gemeenten aan dat dit slechts in zo'n 10-20% van de zaken het geval is. Hierbij speelt mee dat het zeer lastig is om fraude aan te tonen. Dit heeft diverse oorzaken, die verderop in dit rapport aan bod komen.
- Niet alle gemeenten konden aangeven bij hoeveel signalen er sprake was van een sterk vermoeden van fraude. Bij deze gemeenten is het mediane percentage van de andere gemeenten gebruikt om mee verder te rekenen.
- Door het ophogen van de aantallen met een factor om te komen tot een landelijke raming, doen we de aanname dat de centrumgemeenten in de steekproef representatief zijn. Zoals eerder in deze paragraaf toegelicht wordt deze aanname ondersteund doordat het gemiddeld aantal cliënten beschermd wonen in de gemeenten in de steekproef overeenkomt met het landelijk gemiddelde.
- Om te komen tot een schatting van het aantal cliënten in zorg bij een vermoedelijk frauderende aanbieder, is gerekend met een gemiddeld aantal cliënten per aanbieder van ZiN dan wel pgb-zorg per centrumgemeente. Het exacte aantal cliënten in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieders is onbekend.
- Om te komen tot een schatting van de kosten van de cliënten in zorg bij een vermoedelijk frauderende aanbieder, is gerekend met een maandtarief van €3.500 per cliënt. De exacte kosten van cliënten in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieders zijn onbekend.



3.2 Zorgkantoren (Wlz zorg)

In deze paragraaf komen we tot een schatting van het aantal Wlz-cliënten per jaar die in zorg zijn bij een vermoedelijk frauderende aanbieder van begeleid wonen, en de kosten die hiermee gemoeid zijn. We baseren ons hierbij op informatie die is aangeleverd door vier grote Wlz-concessiehouders²¹. Deze vier concessiehouders samen zijn verantwoordelijk voor 87%²² van de cliënten met een Wlz-indicatie.

De zorgkantoren hebben aangegeven of een inschatting gemaakt hoeveel signalen zij jaarlijks krijgen van mogelijke fraude of zorgverwaarlozing bij aanbieders van beschermd/begeleid wonen/24-uurszorg, voor cliënten met een Wlz-indicatie in verband met een verstandelijke beperking.

Niet alle signalen van fraude/zorgverwaarlozing worden door de zorgkantoren nader onderzocht. Er wordt gekeken naar de inhoud en ernst van het signaal, en gekeken of het 'onderzoekswaardig' is. De verwachting of het mogelijk zal zijn de fraude daadwerkelijk aan te tonen kan hierbij ook een rol spelen.

De cijfers waarover wij hier rapporteren, hebben betrekking op het aantal onderzoekswaardige signalen. Deze signalen leiden overigens lang niet altijd tot het vaststellen van fraude. Net als gemeenten geven zorgkantoren aan dat, onder andere door het hanteren van pgb-maandloon²³, fraude vaak moeilijk aan te tonen is. Ook wordt onderzoek soms gestaakt omdat de aanbieder failliet is, en er 'niets meer te halen' is. Net als bij gemeenten, benadrukken ook zorgkantoren dat het label 'bewezen fraude' een slechte indicator is van het aantal fraudegevallen en zorgt voor een onderschatting van de totale fraude.

De zorgkantoren geven allemaal aan dat de ruime meerderheid van de signalen over deze zorg, pgb-gefinancierde zorg betreft.

Indicatie totaal aantal signalen

²¹ Een Wlz-concessiehouder is een zorgverzekeraar die is aangewezen om voor een aantal regio's de rol van zorgkantoor, en daarmee uitvoerder van de Wlz, te vervullen.

²² Gebaseerd op aantal indicaties per zorgkantoorregio volgens CBS.

²³ Moeilijkheden met het aantonen van fraude in het geval van een maandloon komen in hoofdstuk 8 van dit rapport aan bod.

De concessiehouders ontvangen afzonderlijk 5 tot 15 onderzoekswaardige signalen over deze zorg per jaar. Om te komen tot een indicatie van het totaal aantal signalen op landelijk niveau, zijn we als volgt te werk gegaan: we hebben het aantal signalen dat de in het onderzoek betrokken zorgkantoren jaarlijks ontvangen, bij elkaar opgeteld. Vervolgens hebben we hier een correctie voor dubbelingen op uitgevoerd. Het is mogelijk dat zorgkantoren signalen krijgen over dezelfde aanbieder. Zorgkantoren geven echter aan dat deze overlap waarschijnlijk beperkt is, ingeschat wordt dat 80% van de signalen uniek is. We hebben daarom het totaal aantal signalen van de zorgkantoren met 80% vermenigvuldigd. Vervolgens is dit aantal opgehoogd tot 100% van de Wlz-zorg, aangezien de betrokken zorgkantoren samen verantwoordelijk zijn voor 87%²⁴ van de Wlz-zorg.

Hiermee komen we uiteindelijk tot een schatting van 42 unieke signalen per jaar landelijk, over aanbieders die begeleid wonen bieden aan cliënten met een Wlz-indicatie in verband met een verstandelijke beperking.

Indicatie aantal cliënten en kosten

De zorgkantoren geven aan dat de meeste vermoedelijk frauderende aanbieders tientallen cliënten hebben, de meeste tussen de 10 en de 30. We rekenen daarom met een gemiddelde van 20 cliënten per aanbieder. Vermenigvuldigd met 42 aanbieders, komen we op een schatting van 840 Wlz-cliënten per jaar die in zorg zijn bij een vermoedelijk frauderende aanbieder van begeleid wonen.

Om iets over de omvang in kosten te kunnen zeggen, moeten we kijken naar de budgetten. Het gaat om cliënten met een zorgprofiel variërend van VG03 tot en met VG06. Voor deze profielen zijn tarieven vastgesteld door VWS. Het is niet bekend hoe vaak welke profielen voorkomen per vermoedelijk frauderende aanbieder. Indien we uitgaan van het tarief van 46.835,- per jaar²⁵ voor een cliënt met een VG03 profiel, komen we, vermenigvuldigd met 840 cliënten, op een bedrag van ongeveer 40 miljoen euro. Dit betreft een indicatie van de minimale omvang van de gedeclareerde Wlz-zorg door vermoedelijk frauderende aanbieders. Dit bedrag neemt toe naarmate cliënten een

²⁴ Gebaseerd op aantal indicaties per zorgkantoorregio volgens CBS.

²⁵ Op basis van de ZZP-tarieventabel 2019.

zwaardere indicatie hebben. Zorgkantoren geven desgevraagd aan dat het vaak gaat om budgetten per cliënt van 40.000-50.000 euro per jaar, maar dat deze in sommige gevallen oplopen tot 80.000 euro.

Aannames en schattingen

Hieronder geven we een overzicht van de aannames en schattingen die gedaan zijn om in deze paragraaf tot een schatting te komen van de omvang van vermoedelijke fraude bij begeleid wonen in de Wlz.

- We maken een schatting op basis van het aantal 'onderzoekswaardige signalen'. Het gaat hier dus niet om feitelijk vastgestelde fraude.
- De kans op het bestempelen van een fraudesignaal als 'onderzoekswaardig' zal bij het ene zorgkantoor groter zijn dan bij het andere zorgkantoor. Omdat niet alle fraudesignalen onderzoekswaardig worden geacht, verwachten we dat het aantal signalen waarover is gerapporteerd, een onderschatting betreft.
- We doen de aanname dat er sprake is van beperkte overlap tussen de signalen bij zorgkantoren, en dat 80% van de signalen uniek is.
- Om te komen tot een schatting van het aantal cliënten in zorg bij een vermoedelijk frauderende aanbieder, is gerekend met een gemiddeld aantal van 20 cliënten per zorgaanbieder. Het exacte aantal cliënten in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieders is onbekend.
- Om te komen tot een schatting van de kosten van de cliënten in zorg bij een vermoedelijk frauderende aanbieder, is gerekend met een jaartarief van 46.835 per cliënt. Dit bedrag is gebaseerd op een VG03 profiel, en betreft daarmee waarschijnlijk een onderschatting. De exacte kosten van cliënten in zorg bij vermoedelijk frauderende aanbieders zijn onbekend.

3.3 Conclusie

Beschermd wonen Wmo

- Vrijwel alle centrumgemeenten ontvangen signalen van onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing bij beschermd wonen. Over pgb-gefinancierde zorg worden vaker signalen ontvangen dan over ZIN.
- Gemiddeld heeft een centrumgemeente in de periode 2015-2018 over 7,8 aanbieders van pgb-gefinancierde zorg signalen ontvangen, en over 4,3 aanbieders van beschermd wonen in natura.

- Gemiddeld hebben centrumgemeenten in de periode 2015-2018 over 44% van het aantal aanbieders van pgb-gefinancierde zorg signalen ontvangen. Voor ZIN is dit percentage lager, namelijk 19%.
- Op basis van de resultaten schatten we in dat jaarlijks zo'n 1.500 cliënten van beschermd wonen vanuit de Wmo in zorg zijn bij een vermoedelijk frauderende zorgaanbieder, waarvan ruim 400 een pgb hebben en een kleine 1.100 gebruik maken van ZIN. Procentueel betreft dit ruim 8% van het totaal aantal cliënten met een pgb voor beschermd wonen, zo'n 3% van het totaal aantal cliënten dat beschermd wonen in natura afneemt, en een kleine 4% van het totaal aantal cliënten beschermd wonen.
- Op basis hiervan komen we op een schatting van zo'n 63,5 miljoen euro jaarlijks aan kosten van cliënten van aanbieders van beschermd wonen in de Wmo, bij wie een sterk vermoeden is van onrechtmatigheden, fraude en/of zorgverwaarlozing.

Begeleid wonen Wlz

- We schatten in dat er jaarlijks zo'n 40 unieke, onderzoekswaardige signalen binnenkomen bij zorgkantoren over aanbieders die begeleid wonen bieden aan cliënten met een Wlz-indicatie in verband met een verstandelijke beperking. Deze signalen betreffen vooral pgb-gefinancierde zorg.
- Rekenend met een geschat gemiddelde van 20 cliënten per aanbieder, zijn 800 Wlz-clieñten per jaar in zorg bij een aanbieder van begeleid wonen waarbij fraude en/of zorgverwaarlozing wordt vermoed.

Bij de hierboven genoemde cijfers gaat het om signalen en niet om aangetoonde fraude. Echter, zoals eerder genoemd, is 'bewezen fraude' een slechte indicator van het aantal fraudegevallen. Om die reden hebben we naar de omvang van, onderzoekswaardige signalen en sterke vermoedens van fraude gekeken. Dit aantal betreft overigens naar verwachting eerder een onderschatting dan een overschatting van het aantal gevallen waarbij er meer zorg wordt gedeclareerd dan geleverd, ten eerste omdat in de screening op signalen al signalen afvallen waarvan wordt verwacht dat fraude moeilijk aan te tonen zal zijn, en omdat, zo vermoeden zorgkantoren, niet alles wordt gemeld: *'budgethouders zitten vaak in een afhankelijkheidssituatie, omdat zij via de zorgverlener ook een woning hebben. Hierdoor doen budgethouders zelf niet vaak melding bij ons indien zij te weinig zorg ontvangen.'*

4 Aard van de signalen bij gemeenten en zorgkantoren

Dit hoofdstuk beschrijft de aard van de fraudesignalen die gemeenten en zorgkantoren ontvangen. Het hier geschetste beeld is gebaseerd op de interviews met gemeenten en zorgkantoren, en de enquête onder gemeenten. Op sommige plekken is het beeld aangevuld met informatie van de IGJ of de inspectie SZW.

4.1 Kenmerken van de zorgaanbieders

Gevraagd naar de kenmerken van de aanbieders waar de fraudesignalen betrekking op hebben, merken ook zorgkantoren en gemeenten op dat de aanbieders zich vaak op zowel Wlz- als op Wmo-cliënten richten. Het kan zowel om kleine als om grote aanbieders gaan, maar de meeste organisaties hebben 10 tot 30 cliënten. Grote aanbieders met bijvoorbeeld 60 cliënten komen ook voor.

Een paar keer wordt aangegeven dat het niet altijd om bewust frauderende aanbieders gaat. Sommige aanbieders zijn 'alleen maar' onvoldoende professioneel en hebben hun zaken niet goed op orde, anderen daarentegen zouden wel geschaard kunnen worden onder de categorie 'kwaadwillend'. Dit verschil is ook terug te zien in de samenwerking met de toezichthouder: sommigen willen meewerken aan verbetering van de kwaliteit, maar anderen zijn defensief en afwijzend.

Ook wordt gezien dat gesignaleerde aanbieders vaak terugkomen onder een andere naam, of telkens bij een andere gemeente aankloppen. Daarbij bestaan de organisaties soms uit een complex netwerk van meerdere BV's. Ook dit beeld komt overeen met hetgeen uit de casuïstiek van het IKZ naar voren kwam.

Ook sommige gemeenten en zorgkantoren zien dat de aanbieders soms gelinkt zijn aan andere vormen van criminaliteit. Er kan sprake zijn van grotere netwerken die zich richten op verschillende criminele activiteiten waarvan zorgfraude er één is. Hierbij worden bijvoorbeeld motorbendes en drugscriminaliteit genoemd. Zorgbureaus zouden gebruikt worden om geld wit

te wassen, er zijn voorbeelden van 'cliënten die als dagbesteding werken in een wietplantage'. Er wordt een ontwikkeling gesignaleerd waarbij criminele netwerken zich gaan richten op het bieden van zorg middels een pgb, dit zou een relatief makkelijke manier zijn om geld te verdienen.

In de enquête is aan gemeenten gevraagd naar opvallende kenmerken van aanbieders waar fraudesignalen over binnenkomen. In het kader is een overzicht gegeven van de antwoorden (met bovenaan de vaakst genoemde).

Opvallende kenmerken van vermoedelijk frauderende aanbieders

- Onprofessioneel: onvoldoende geschoold personeel, geen of onjuist medicatieprotocol, onvoldoende rapportage, administratie niet op orde, geen kwaliteitskeurmerk of gebruiken 'eigen kenmerk', veel wisseling in panden en personeel, slechte telefonisch bereikbaarheid locatie zorgaanbieder.
- Focus meer op aanbod woning dan op zorg (bij werving cliënt), makkelijke beschikbaarheid van woningen, pensionachtige setting, veel kamerverhuur.
- Organisatie: BV's in combinatie met pgb, ondoorzichtige bedrijfsstructuren, doorstarten van BV's via familie/vrienden/bekenden.
- Weinig ervaring in de zorg, vaak idealistisch beeld over waarom zij zorgaanbieder zijn.
- Extreme/snelle groei van zorgaanbieder.
- Koppeling financieel beheer, eigen bewindvoerder.
- Gericht op complexe doelgroep (bijv. toestaan middelengebruik).
- Geen focus: nemen elke cliënt op zonder na te gaan of het past binnen bestaande groep, zeer gemengde groepen.

Bron: enquête onder gemeenten

4.2 Werving en cliëntgroepen

Bij vrijwel alle signalen gaat het om aanbieders die hun cliënten actief werven. Cliënten zoeken niet zelf een zorgaanbieder op, maar worden benaderd. Er kan sprake zijn van het 'ronselen van cliënten', bijvoorbeeld bij de daklozenopvang, bij gevangenis, of bij instellingen voor zorg in natura. Het gaat vaak om jongeren, bijvoorbeeld met een Wajong uitkering, specifieke culturele groepen, verslaafden, ex-gedetineerden, mensen met een beperkt sociaal netwerk. Een enkele keer is ook de doelgroep allochtone dementerenden expliciet genoemd.



In het kader is een overzicht gegeven van de kenmerken van de cliënten van vermoedelijk frauderende aanbieders, die het vaakst worden genoemd door gemeenten.

Opvallende kenmerken van cliënten van vermoedelijk frauderende aanbieders

- Middelengebruik / verslaving
- Beperkt sociaal netwerk
- Onvoldoende zelf regie kunnen voeren, beïnvloedbaar, afhankelijk, kwetsbaar, onvoldoende in staat inschatting te maken van benodigde zorg

Bron: enquête onder gemeenten

De cliënten worden ‘gelokt’ met het aanbieden van woonruimte: ‘*Cliënten worden lekker gemaakt met een woning, zakgeld of een grote tv*’. De aanbieder regelt wel dat er een pgb komt. Meerdere malen is aangegeven dat de behoefte aan woonruimte bij deze doelgroep meer op de voorgrond staat dan de behoefte aan zorg. Het gaat bijvoorbeeld bij gemeenten vaak om jongeren met lichte psychische problematiek in combinatie met een woonprobleem. Regelmatig gaat het dan ook om cliënten die voorheen geen uitgesproken zorgvraag hadden, ondanks dat er wel sprake kan zijn van problematiek.

4.3 Ophoging van indicaties

Het lijkt bij de signalen geregeld voor te komen, zowel bij Wlz- als Wmo-zorg, dat er in de informatie die verstrekt wordt om te komen tot een indicatie, problematiek wordt aangedikt of wordt toegeschreven naar een hogere indicatie. Ook wordt opgemerkt dat cliënten worden geïnstrueerd wat ze moeten doen en zeggen om in een indicatiegesprek met de gemeente een zo hoog mogelijke indicatie te verkrijgen.

Een zorgkantoor geeft aan dat indien een ambtshalve herindicatie²⁶ wordt ingezet voor de cliënten van een vermoedelijk frauderende aanbieder, dit in 80% van de gevallen leidt tot een lagere of zelfs geen Wlz-indicatie:

²⁶ Het CIZ kan ambtshalve herindiceren indien het vermoedt dat een indicatiebesluit op basis van onjuiste gegevens is afgegeven.

‘Wij merken dat CIZ bij het ambtshalve herindiceren in deze gevallen vaak uitkomt op een veel lagere indicatie, of dat er zelfs totaal geen recht op zorg is geweest. Bijvoorbeeld van een VG06 naar géén zorg of een veel lager profiel.’

Ook merkt een zorgkantoor op dat jongeren van rond de 20 soms een zware indicatie hebben gekregen vanwege gedragsproblematiek die leeftijdsgebonden is, en dat deze indicatie in latere jaren geldig blijft terwijl de problematiek is afgenomen.

Het CIZ geeft aan dat er een groep jongeren is die een (in principe) levenslange Wlz-indicatie heeft gekregen in verband met een verstandelijke beperking, terwijl er mogelijk geen sprake is van een levenslange zorgbehoefte. Deze groep jongeren heeft ten tijde van de AWBZ²⁷, vlak voor de komst van de Wlz in 2015, een tijdelijke indicatie gekregen omdat op dat moment nog onzeker was hoe de problematiek zich zou ontwikkelen. Met de komst van de Wlz zijn ook de tijdelijke indicaties echter omgezet naar een levenslange indicatie, terwijl deze indicaties onder de AWBZ niet zijn beoordeeld op het Wlz-criterium van een blijvende zorgbehoefte.

Het CIZ vermoedt dat indien (licht) verstandelijk beperkte jongeren met een Wlz-indicatie bij een ambtshalve herindicatie uitkomen op een lagere indicatie of geen indicatie, het mogelijk deze groep betreft. Daarnaast kan het ook zo zijn dat er bij de oorspronkelijke indicatieaanvraag is gefraudeerd. Het CIZ ziet soms dat de oorspronkelijke indicatie is aangevraagd door een zorgprofessional die onder één hoedje speelt met de aanbieder, of dat er aangedikte verklaringen van artsen of behandelaren zijn aangeleverd ten behoeve van indicatiestelling. Het is zeer lastig om deze fraude vooraf te herkennen, zo geeft het CIZ aan. Dit blijkt vaak pas achteraf als de indicatieprocessen van diverse cliënten die in zorg zijn bij een vermoedelijk frauderende aanbieder, worden geanalyseerd.

²⁷ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, voorloper van de Wlz.

4.4 Geïndiceerde zorg en zorgverwaarlozing

Geïndiceerde zorg

Uit de signalen over begeleid en beschermd wonen die bekend zijn bij het IKZ, bleek al dat het hierbij gaat om cliënten met een indicatie voor Wmo- en/of Wlz-zorg.

Binnen de Wmo hebben de cliënten een indicatie voor beschermd wonen vanwege psychische of psychosociale problematiek²⁸. Dit betreft wonen in een woonvorm van een zorgaanbieder met, als het goed is, 16-24-uurs begeleiding per dag. Gemeenten geven aan dat het ook kan gaan om minder intensieve zorg, bijvoorbeeld waarbij begeleiding op afroep beschikbaar is.

Binnen de Wlz gaat het vooral om cliënten met een indicatie in verband met een verstandelijke beperking, vaak in samenhang met gedragsproblemen en/of psychiatrische problematiek. Deze cliënten hebben, conform de Wlz, een blijvende behoefte aan permanent toezicht, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Binnen de Wlz wordt de behoefte aan zorg uitgedrukt in een zorgprofiel. Voor cliënten met een verstandelijke beperking zijn de zorgprofielen VG03 t/m VG08 beschikbaar. De zorgprofielen verschillen van elkaar wat betreft de mate van begeleidings/verzorgingsbehoefte en of er sprake is van bijkomende problematiek zoals gedragsproblemen al dan niet in combinatie met psychische/psychiatrische aandoeningen, of fysieke problemen.

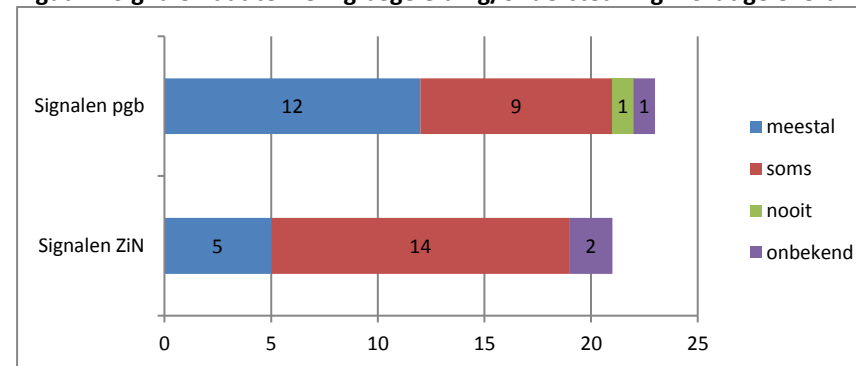
Begeleiding en ondersteuning

Zowel gemeenten als zorgkantoren geven aan dat het bij de signalen vaak gaat om zorgverwaarlozing, zowel kwantitatief als kwalitatief. Zo wordt aangegeven dat de begeleiding vaak laag geschoold is en onvoldoende gekwalificeerd. Daarbij zijn er ook duidelijke signalen van te weinig uren zorg. De 24-uurs begeleiding wordt dan bijvoorbeeld ingevuld door zorg op afroep: cliënten kunnen bellen of appen als dat nodig is. Een gemeente geeft aan te twijfelen of de benodigde 16-24 uurszorg wel kan worden geborgd, met weinig personeel en losse woningen verspreid door de wijk. Een andere gemeente geeft aan dat er één keer per week iemand langs komt in de woning.

²⁸ Er kan soms ook sprake zijn van een lichte verstandelijke beperking.

In de enquête is aan gemeenten gevraagd hoe vaak het voorkomt dat er, bij de signalen die zij ontvangen over pgb-gefinancierde zorg en zorg in natura, sprake is van te weinig zorg of zorg van onvoldoende kwaliteit. Onderstaande figuren geven de antwoorden van de centrumgemeenten weer.

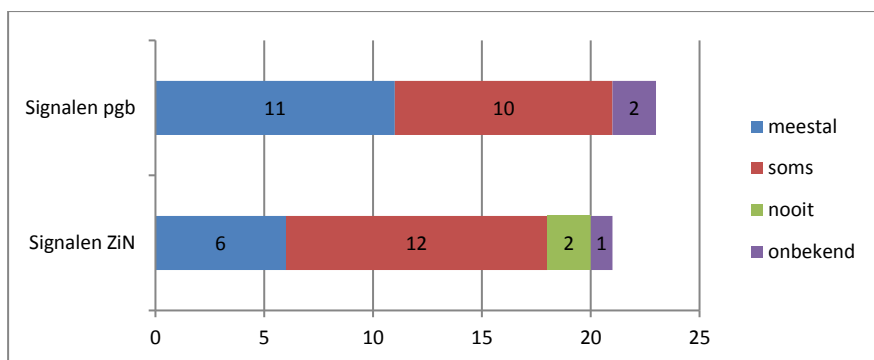
Figuur 2 Signalen dat te weinig begeleiding/ondersteuning wordt geleverd



Bron: enquête onder gemeenten

De aantallen in de figuur verwijzen naar het aantal centrumgemeenten dat heeft aangegeven dat er bij de signalen die zij ontvangen meestal, soms of nooit sprake is van te weinig begeleiding/ondersteuning.

Figuur 3 Signalen dat de begeleiding/ondersteuning van onvoldoende kwaliteit is



Bron: enquête onder gemeenten

In de figuren is af te lezen dat met name over de signalen betreffende pgb-gefinancierde zorg, relatief veel gemeenten aangeven dat er *meestal* sprake is van te weinig zorg of zorg van onvoldoende kwaliteit. Van de 24 centrumgemeenten die de enquête hebben ingevuld en signalen over pgb-gefinancierde zorg hebben ontvangen, geven 12 respectievelijk 11 aan dat hier meestal sprake van is. Door de 21 centrumgemeenten die signalen hebben ontvangen over zorg in natura, wordt vaker geantwoord dat er *soms* sprake is van zorgverwaarlozing.

Overigens wordt het daadwerkelijk vaststellen van zorgverwaarlozing door gemeenten, en door zorgkantoren in het geval van zorg gefinancierd uit een pgb, soms bemoeilijkt door gebrek aan kwaliteitskaders. Als niet is vastgelegd waar de zorg aan dient te voldoen, kan ook niet worden aangetoond dat deze onvoldoende is.

Behalve slechte of onvoldoende begeleiding wordt in de interviews aangegeven dat ook de dagbesteding vaak onder de maat is:

‘De dagbesteding is vaak heel twijfelachtig. Het betreft vaak een ruimte waar budgethouders samen komen en koffie drinken of iets degelijks’.

De dagbesteding kan ook bestaan uit het werken in een productiebedrijfje van de zorgaanbieder.

Onveilige situaties

De IGJ schetst een beeld van de bij hen bekende casuïstiek, waarbij er nauwelijks zorg wordt verleend en er vaak geen nachtzorg is waardoor cliënten ‘s nachts alleen zijn. Deze situatie is zeer onveilig omdat de cliënten vanwege hun problematiek vaak niet in staat zijn om zelf hulp in te roepen als dat nodig is. Bij één casus moesten jongeren hun telefoon inleveren, zodat ze geen contact met familie konden opnemen. Bij een ander voorbeeld hadden de cliënten alleen via telefoon contact met de zorgverleners.

Ook gemeenten noemen situaties waarbij er een enorme puinhoop is in het huis, cliënten een halve dag per week dagbesteding hebben, en verder zitten te gamen. Ook is er geregeld sprake van alcohol- en drugsgebruik. Hierdoor ontstaan onveilige situaties.

Cliënten trekken vaak niet aan de bel, bijvoorbeeld omdat ze wel tevreden zijn met de (woon)situatie, vanwege angst om de woning uitgezet te worden, of omdat ze niet weten waar ze recht op hebben. Ook intimidatie en bedreiging door een zorgaanbieder kunnen hierbij een rol spelen.

Rol van personeelstekorten

Niet bij alle signalen gaat overigens om zulke extreme situaties. Gemeenten en zorgkantoren geven aan dat het gebrek aan kwaliteit van zorg ook te maken heeft met het feit dat er onvoldoende geschoold personeel beschikbaar is.

‘Ondermaatse kwaliteit hangt ook vaak samen met jong of te weinig personeel in combinatie met een zware zorgvraag. Er zijn aanbieders die eigenlijk geen personeel kunnen krijgen, op jonge mensen na. Dit jonge personeel krijgt geen of weinig begeleiding en moet maar uitzoeken hoe ze aan de zorgvraag voldoen. Dat gaat niet altijd goed bij cliënten met complexe problematiek.’

Sommige gemeenten hebben de indruk dat de kwaliteit van het aanbod van beschermd wonen in algemene zin onder de maat is.

‘Bij elke zorgaanbieder hebben we het gevoel, waarom is er niet meer resultaat behaald? Het gaat met name om een gebrek aan begeleiding, initiatiefloosheid, ontbrekend zorgplan, of gedateerd. We vragen ons wel eens af wat de doelgroep zo lastig maakt om voortgang te kunnen boeken.’

Ouderinitiatieven

Tot slot benadrukken zorgkantoren dat er ook veel wooninitiatieven zijn, met name de ouderinitiatieven²⁹, waar het in de regel wél goed gaat. Bij ouderinitiatieven zijn veel minder signalen van zorgverwaarlozing of onrechtmatigheden. Dit beeld wordt overigens bevestigd door Per Saldo, de organisatie die de belangen van pgb-houders behartigt. Zij zien hierbij een onderscheid tussen ondernemers, die vanuit commerciële doeleinden een initiatief starten, en ouders/verwanten, die dat doen om een goede voorziening voor hun kind te realiseren. Bij ondernemers is het risico groter dat de belangen van de budgethouder niet op de eerste plaats staan.

4.5 Wonen en zorg

Koppeling wonen en zorg

Bij veel signalen over beschermd wonen of 24-uurszorg is er sprake van een koppeling tussen wonen en zorg, waarbij contractueel is vastgelegd dat de cliënt alleen in de woning mag verblijven als hij ook zorg afneemt bij een bepaalde aanbieder. Daarnaast is het juridisch zo dat, als bij een combinatie van wonen en zorg de zorg prevaleert, de huurder de woning moet verlaten als de zorgovereenkomst eindigt³⁰. Het risico is dan dat cliënten, gezien de krapte op de woningmarkt, op straat belanden of bij de daklozenopvang.

Een gemeente benadrukt dat bij beschermd wonen vanuit de Wmo er per definitie sprake is van een koppeling tussen wonen en zorg, in feite gaat het om wonen in een 'instelling'. Er is dan ook geen sprake van huurbescherming: indien de cliënt geen zorg meer afneemt, moet deze de woning verlaten. In de praktijk is de term 'instelling' echter een ruim begrip: cliënten wonen met meerdere personen in een appartementencomplex, flat of huurwoning. De

²⁹ Bij een ouderinitiatief is het initiatief voor het opzetten van de woonvorm genomen door ouders of naasten.

³⁰ Dit blijkt uit diverse jurisprudentie, bijvoorbeeld:

<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:RBOBR:2015:97>

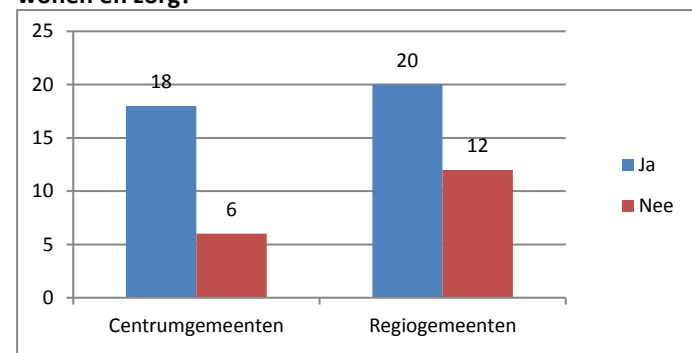
<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHSHE:2019:1452>

<https://uitspraken.rechtspraak.nl/inziendocument?id=ECLI:NL:GHDHA:2018:3206>

woningen zijn veelal van de zorgaanbieder of van personen of bedrijven uit het netwerk van de zorgaanbieder.

Niet alle gemeenten, maar wel de meeste, staan toe dat er sprake is van koppeling tussen wonen en zorg, zo blijkt uit figuur 4.

Figuur 4 Staat uw gemeente toe dat er sprake is van een koppeling tussen wonen en zorg?



Bron: enquête onder gemeenten

Een koppeling tussen wonen en zorg is dus niet ongebruikelijk. Ook is het niet persé onwenselijk, omdat deze koppeling investeringen in zaken als wooncomfort, veiligheid, persoonlijke alarmering en ontmoetingsgelegenheid mogelijk maakt. Om deze investering doelmatig te kunnen doen is een verbinding tussen het huren van de woning en afname van zorg meestal noodzakelijk³¹.

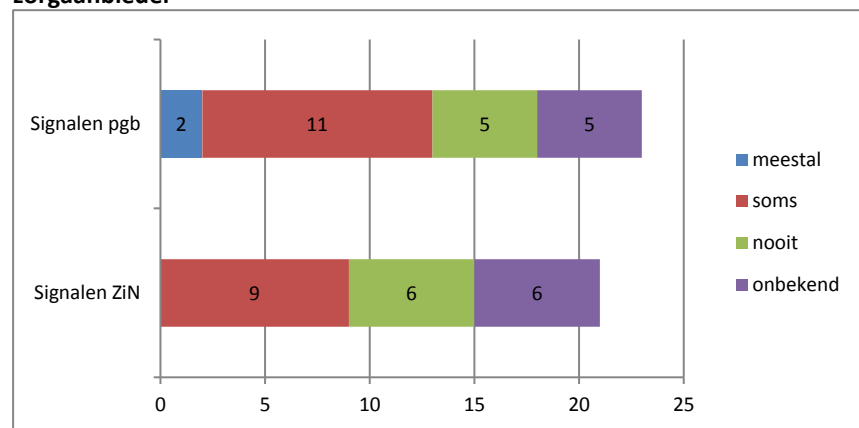
Echter: van deze investeringen in kwaliteit lijkt niet altijd sprake te zijn. Daarbij maakt een koppeling tussen wonen en zorg bij een kwaadwillende zorgaanbieder, de toch al kwetsbare cliënt afhankelijk en nog kwetsbaarder. Er wordt soms bedreigd met huisuitzetting als drukmiddel. Cliënten mogen niet klagen over het gebrek aan zorg of worden gedwongen om bepaalde werkzaamheden te verrichten. Ze worden geïnstrueerd over wat ze moeten

³¹ Zie ook: https://www.kcwz.nl/thema/scheidenwonenenzorg/koppeling_wonen_en_zorg

zeggen in het geval van een huisbezoek. Er is sprake van een grote afhankelijkheid, zeker als één aanbieder verantwoordelijk is voor alle zorg én de woonruimte. Het koppelbeding tussen wonen en zorg brengt dus belangrijke risico's met zich mee voor de veiligheid van de cliënt en de mogelijkheden die deze heeft om misstanden aan te kaarten.

Figuur 5 laat zien hoe vaak er bij de signalen die gemeenten ontvangen, sprake is van intimidatie of bedreiging.

Figuur 5 Signalen dat cliënten worden geïntimideerd of bedreigd door de zorgaanbieder



Bron: enquête onder gemeenten

Ook hier lijkt de situatie bij de pgb-signalen ernstiger te zijn dan bij de ZiN-signalen.

Huisuitzettingen

Behalve tot een afhankelijkheidssituatie, kan de koppeling tussen wonen en zorg er ook toe leiden dat een cliënt daadwerkelijk op straat komt te staan. Aan de gemeenten is in de enquête gevraagd hoe vaak het in de afgelopen vier jaar is voorgekomen dat een cliënt, die voorheen gebruik maakte van een combinatie van wonen en zorg, op straat is komen te staan omdat deze geen zorg meer wilde afnemen van de zorgaanbieder, of omdat de zorgaanbieder geen zorg meer kon of wilde leveren aan de cliënt. Aan centrumgemeenten is

gevraagd deze vraag te beantwoorden voor zowel hun eigen als de omliggende regiogemeenten. Om dubbeltellingen te voorkomen, rapporteren we hier alleen over de centrumgemeenten.

Slechts zes van de 24 centrumgemeenten gaven aan deze vraag te kunnen beantwoorden. Gemiddeld rapporteren zij vier gevallen in de afgelopen vier jaar, met een minimum van nul en een maximum van acht gevallen. Op basis hiervan is een voorzichtige inschatting dat er per centrumgemeente één cliënt per jaar door een zorgaanbieder op straat wordt gezet.

Bekostiging woonlasten uit pgb

Indien cliënten een pgb ontvangen waar geen huisvestingscomponent in zit, mogen zij dit budget niet gebruiken om huur te betalen. Echter, er zijn veel signalen dat het pgb toch op een verkapte wijze hiervoor wordt gebruikt. De cliënten betalen bijvoorbeeld geen huur of een huur ver onder de reguliere huurprijs, en de zorgaanbieder declareert het volledige budget.

Zo geeft een zorgkantoor aan: *‘Vaak is het pgb zo hoog dat de huur daarvoor kan worden betaald. Dan hoeven de cliënten geen huur te betalen, of weinig. Cliënten ontvangen dan te weinig zorg, minder dan waar ze recht op hebben’.*

En een gemeente zegt: *‘Opvallend is dat budgethouders vaak in particuliere (mooie) woningen verblijven voor een schijntje (€200 à €300 per maand)’.*

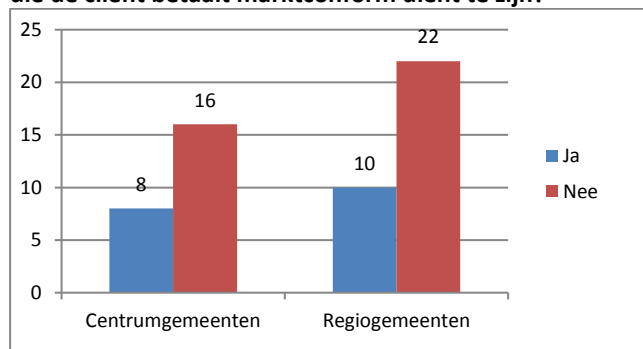
In deze gevallen kan de zorgaanbieder aangeven dat de woonlasten niet worden bekostigd uit het pgb, maar uit de winst die met de zorglevering wordt gemaakt. Echter in feite komt dit op hetzelfde neer: er wordt te weinig zorg geleverd waardoor dat geld gebruikt kan worden voor de huur van de woning.

Gemeenten zouden dit mogelijk kunnen aanpakken door als voorwaarde te stellen dat huurprijzen marktconform dienen te zijn. Zorgkantoren hebben daarentegen geen mogelijkheid om eisen te stellen aan de pgb-gefinancierde woonzorgcombinaties (dit komt in hoofdstuk 6 meer uitgebreid aan de orde).

Sommige gemeenten, ongeveer een op de drie, stellen de voorwaarde dat huren marktconform moeten zijn, zo blijkt uit figuur 6.



Figuur 6 Stelt uw gemeente als voorwaarde bij beschermd wonen dat de huur die de cliënt betaalt marktconform dient te zijn?



Bron: enquête onder gemeenten

Gemeenten hebben echter vaak geen zicht op de hoogte van de huren die cliënten betalen. Aan de gemeenten is in de enquête gevraagd hoe vaak er bij de signalen die zij ontvangen over beschermd wonen, sprake is van niet-marktconforme woonlasten. De helft van de 24 centrumgemeenten geven aan dit niet te weten. Vijf geven aan dat dit meestal het geval is, bij twee is dit soms het geval en bij vijf nooit.

4.6 Declaratiefraude

Hoge declaraties, weinig zorg

De signalen over beschermd/begeleid wonen betreffen veelal situaties waarbij er veel zorg wordt gedeclareerd, maar er sterke vermoedens zijn dat er minder zorg wordt geleverd. Het gaat dus meestal om zowel vermoedens van zorgverwaarlozing als van fraude: cliënten ontvangen te weinig zorg, die vervolgens wel wordt gedeclareerd.

Als voorbeeld wordt genoemd dat een zorgaanbieder werkt met een bereikbaarheidsdienst:

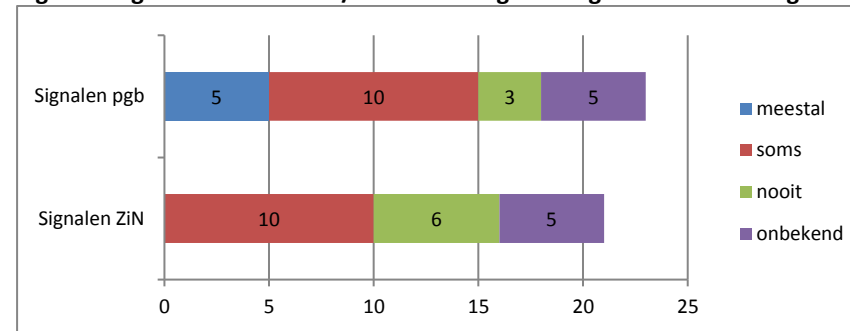
'Ze leveren niet 24-uurszorg, maar zijn 24-uur bereikbaar via een telefoondienst (iemand heeft een slaapdienst en kan door de cliënt gebeld worden). Dit wordt

wel gedeclareerd als geleverde zorg, ook al is iemand niet opgeroepen. Als dit voor 6 cliënten is, dan wordt 6x 24-uurszorg gedeclareerd.'

De 24-uursbezetting is er op papier, maar in de praktijk blijkt bijvoorbeeld dat de cliënt via de telefoon contact op kan nemen en er niet altijd iemand aanwezig is.

In de signalen is het vaak zo dat er slechts één zorgverlener is die vrijwel het volledige budget van de budgethouder ontvangt, zo signaleert een zorgkantoor. 'Indicatie is declaratie'.

Figuur 7 Signalen dat er meer/duurdere zorg wordt gedeclareerd dan geleverd



Bron: enquête onder gemeenten

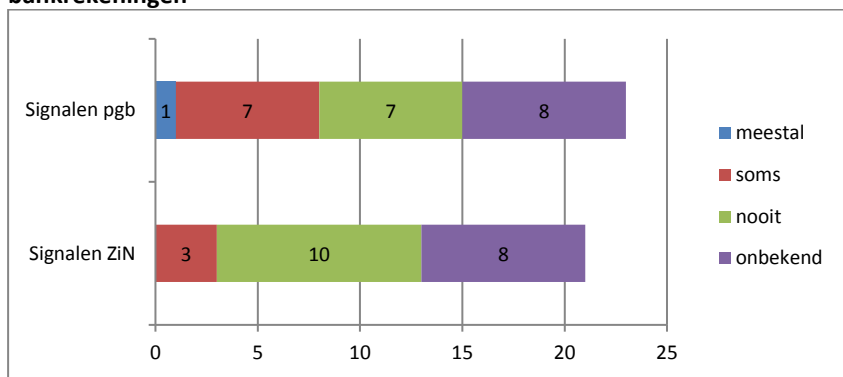
Vijf van de 23 centrumgemeenten die signalen over pgb-gefinancierde zorg hebben gehad, geven aan dat hier meestal sprake is van vermoedens van teveel declareren. Bij tien gemeenten is hier soms sprake van. Bij de signalen over ZiN lijkt hier minder vaak sprake van te zijn.

In de interviews zeggen gemeenten en zorgkantoren in het algemeen vaak twijfels te hebben bij de rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg: of er inderdaad wel 16-24-uurs zorg wordt geleverd, en of de kwaliteit van de geleverde zorg de hoogte van de declaratie wel rechtvaardigt. Het is echter in fraudeonderzoeken moeilijk om aan te tonen dat het aantal gedeclareerde uren niet geleverd is. Op het lastig kunnen aantonen van fraude wordt nader ingegaan in hoofdstuk 8.

Identiteitsfraude en vervalsing

Ook zijn er signalen dat cliënten worden gemanipuleerd om hun handtekening onder een declaratie te zetten, of handtekeningen worden vervalst. DigiD's van cliënten worden misbruikt. Ook kan er sprake zijn van samenspanning tussen aanbieder en cliënt.

Figuur 8 Signalen dat er sprake is van identiteitsfraude/fraude met DigiD's, bankrekeningen



Bron: enquête onder gemeenten

Hoewel sommige gemeenten nooit signalen ontvangen over zaken als identiteitsfraude of fraude met DigiD's, komt dit bij enkele gemeenten voor, zo is te zien in figuur 8. Bij signalen over pgb-gefinancierde zorg blijkt deze problematiek vaker voor te komen dan bij ZiN.

5 Toegang tot beschermd wonen

Een eerste stap in het kunnen voorkomen en aanpakken van onrechtmatigheden en fraude is gelegen in de toegang tot een voorziening: het opstellen, vastleggen en toepassen van indicatiecriteria.

In het geval van de Wlz wordt de indicatiestelling gedaan door het CIZ. Het CIZ beoordeelt de toegang tot de Wlz op basis van wet- en regelgeving Wlz, waaronder de beleidsregels indicatiestelling Wlz³². De werkwijze van het CIZ was geen onderdeel van dit onderzoek. Om die reden gaan wij in dit rapport niet nader in op de indicatiestelling door het CIZ.

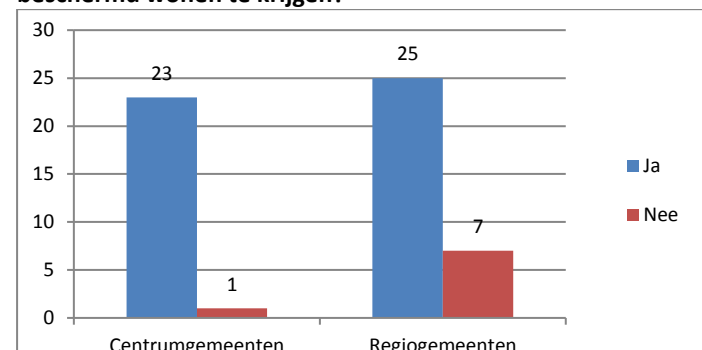
Op verzoek van de VNG hebben we wel de gemeenten, die bij de uitvoering van de Wmo veel beleidsvrijheid hebben, gevraagd naar hun beleid bij indicatiestelling voor beschermd wonen. De resultaten hiervan zijn te lezen in dit hoofdstuk.

Indicatiecriteria beschermd wonen

In de enquête is aan gemeenten gevraagd of ze criteria hebben vastgesteld waar (de zorgbehoefte van) de cliënt aan moet voldoen om een indicatie voor beschermd wonen te krijgen, en zo ja wat deze criteria zijn en waar ze zijn vastgelegd.

³² Cliënten met een blijvende zorgbehoefte, die de hele dag zorg in de nabijheid of permanent toezicht nodig hebben, kunnen digitaal of schriftelijk een indicatieaanvraag doen bij het CIZ. Bij de aanvraag dienen diverse documenten meegestuurd te worden zoals medische gegevens of een zorgplan. Meer informatie is te vinden op www.ciz.nl.

Figuur 9 Heeft uw gemeente criteria vastgesteld om een indicatie voor beschermd wonen te krijgen?



Bron: enquête onder gemeenten

Vrijwel alle centrumgemeenten en een ruime meerderheid van de regiogemeenten heeft indicatiecriteria vastgelegd.

Desgevraagd noemen de gemeenten de volgende criteria waar cliënten aan moeten voldoen om een indicatie voor beschermd wonen te krijgen (de meest genoemde criteria staan bovenaan):

Indicatiecriteria beschermd wonen

- Type aandoening (psychisch, psychosociale problematiek, eventueel in combinatie met verstandelijke beperking)
- Mate van zelfredzaamheid, vaardigheden of remmingen missen om zich staande te houden, niet in staat op relevante momenten hulp in te roepen
- Tijdsindicatie (bijv. noodzaak 16-24 uur ondersteuning, noodzaak voor toezicht, nabijheid en/of achterwacht)
- Geen alternatieven (in eigen netwerk of bestaande voorzieningen)
- Noodzaak van bescherming van zichzelf en omgeving
- Leeftijd: 18 jaar of ouder
- Diagnose max. 2 jaar geleden
- Klant moet het zelf willen
- Intramurale behandeling is afgerond of staat niet op voorgrond
- Geen acute situatie op ggz
- Voorwaarden voor succesvol traject, zoals reeds ingezette actieve schuldhulpverlening, bestaande relatie met hulpverlening, reeds ingezette scholing/(vrijwilligers)werk

Bron: enquête onder gemeenten

Deze criteria zijn door de meeste gemeenten vastgelegd in beleidsregels en/of in de verordening, soms ook in de beschikking voor de cliënt. In sommige gevallen zijn ze (ook) vastgelegd in bijvoorbeeld werkinstructies, handboeken, of overige regelingen.

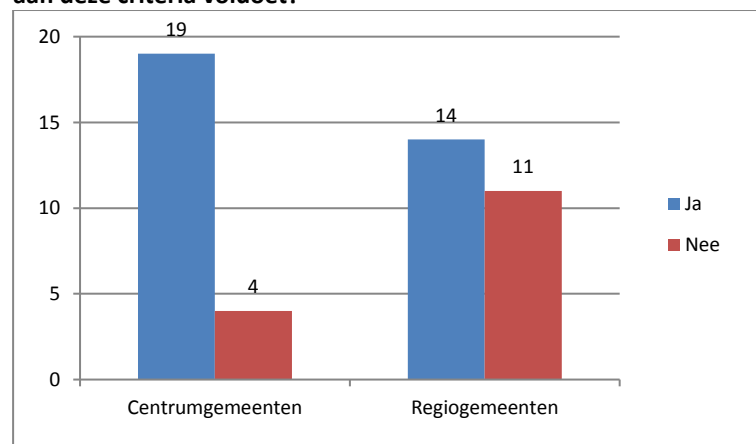
Woonproblematiek op de voorgrond

Eerder in dit rapport is al opgemerkt dat gemeenten constateren dat er bij veel cliënten die gebruik maken van beschermd wonen, sprake is van lichte psychische problematiek in combinatie met een woonprobleem. Een gemeente geeft aan kritischer te worden bij toekennen van een indicatie voor beschermd wonen aan cliënten waar de woonproblematiek op de voorgrond staat. Andere gemeenten geven aan dat dit een lastig punt betreft, aangezien zij ook verantwoordelijk zijn voor de beschikbaarheid van woonruimte, en een indicatie voor beschermd wonen soms een simpele manier is om een woonprobleem op te lossen.

Toerusting gemeente voor indicatiestelling

Behalve dat er indicatiecriteria zijn vastgesteld, is ook van belang dat de gemeente in staat is om hierop te toetsen.

Figuur 10 Bent u als gemeente voldoende in staat om te toetsen of de cliënt aan deze criteria voldoet?



Bron: enquête onder gemeenten

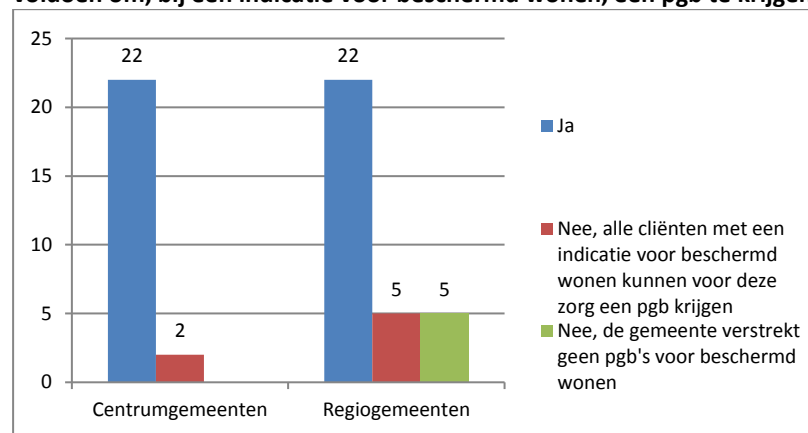
Bijna de helft van de regiogemeenten, maar ook een aantal centrumgemeenten, menen dat zij onvoldoende in staat zijn om te toetsen of de cliënt aan de opgestelde indicatiecriteria voldoet. Regiogemeenten geven hiervoor meestal als reden dat dit een taak is van de centrumgemeente, ook wordt genoemd dat indicatiestelling gebeurt door een uitvoeringsinstantie. Sommige gemeenten geven als reden dat men met het huidige werkproces onvoldoende in staat is om zorgvuldig te toetsen, omdat indicatiecriteria onvoldoende concreet zijn. Ook wordt genoemd dat er behoefte is aan gekwalificeerde, BIG-geregistreerde medewerkers bij de toegang, en dat men onvoldoende in staat is indicaties uit de overgang van de AWBZ te beoordelen.

Gemeenten die zichzelf wel voldoende in staat achten om te toetsen op indicatiecriteria, geven hiervoor als reden dat de indicatiecriteria voldoende handvatten bieden en/of er voldoende expertise wordt ingeschakeld. Ze noemen hierbij bijvoorbeeld kwalificaties/expertise van eigen medewerkers (met een zorgachtergrond/diploma), samenwerking met ZiN-instellingen, of het zo nodig consulteren van externe medische/psychologische experts. Ook wordt genoemd dat men in gesprek gaat met de cliënt, naast en overige betrokkenen, of informatie opvraagt bij de verwijzer.

Criteria voor verstrekking pgb

Aan gemeenten is ook gevraagd of zij criteria hebben opgesteld waar een cliënt aan moet voldoen om, bij een indicatie voor beschermd wonen, een pgb te krijgen.

Figuur 11 Heeft uw gemeente criteria vastgesteld waar een cliënt aan moet voldoen om, bij een indicatie voor beschermd wonen, een pgb te krijgen?



Bron: enquête onder gemeenten

De ruime meerderheid van gemeenten geeft aan dat er voor het verstrekken van een pgb aan bepaalde criteria moet worden voldaan. Het belangrijkste criterium hierbij is dat de cliënt of diens vertegenwoordiger pgb-vaardig is³³. Op de tweede plaats komt dat er een goedgekeurd budgetplan moet worden overlegd door de cliënt. Andere criteria die gemeenten noemen, zijn dat ZiN niet beschikbaar of niet passend is, of dat de noodzaak van een pgb voldoende is aangetoond. Ook geven sommige gemeenten aan dat de pgb-aanbieder moet voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen, en er bijvoorbeeld een VOG moet worden overlegd.

³³ Pgb-vaardig betekent dat de budgethouder in staat is de taken en verantwoordelijkheden die horen bij het beheer van een pgb op zich te nemen. Het gaat dan bijvoorbeeld om administratie bijhouden, kennis hebben van de regels en zelf een zorgverlener kunnen kiezen.

6 Voorkomen, signaleren en aanpakken

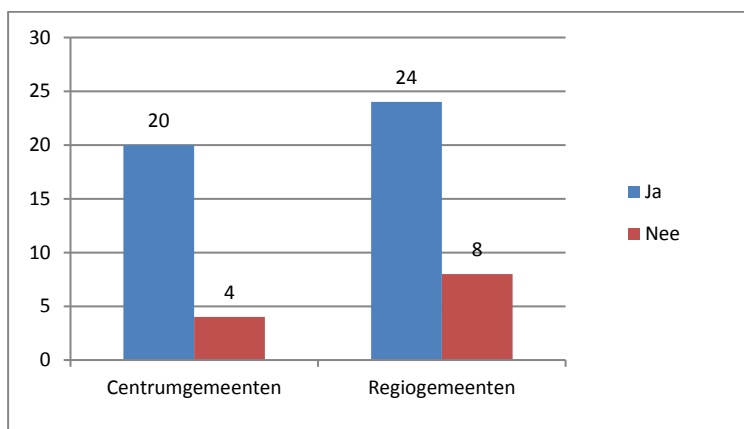
Dit hoofdstuk beschrijft de wijze waarop gemeenten en zorgkantoren het toezicht op de kwaliteit en rechtmatigheid van het beschermd/begeleid wonen hebben georganiseerd, en de werkwijze bij signalen.

6.1 Gemeenten

Kwaliteitscriteria zorgaanbieders

Een mogelijk middel om fraudeproblematiek te voorkomen, is het opstellen en toepassen van kwaliteitscriteria voor zorgaanbieders. De meeste gemeenten hanteren dergelijke criteria, zo blijkt uit figuur 12.

Figuur 12 Heeft uw gemeente kwaliteitscriteria vastgesteld waar het aanbod/de aanbieders van beschermd wonen aan moeten voldoen?



Bron: enquête onder gemeenten

De kwaliteitscriteria betreffen in de meeste gevallen eisen aan opleiding en expertise van het personeel. Daarbij zijn veelal criteria opgesteld over de locatie (is de voorziening doelmatig, afgestemd op zorgbehoefte?), (cliënt)veiligheid en over de zorg (cliëntgericht en doeltreffend?). Sommige gemeenten eisen dat de aanbieder werkt met een kwaliteitssysteem, dat er een VOG kan worden

overlegd, dat er sprake is van certificering, van medezeggenschap en een klachtenregeling, of dat er cliënttevredenheidsonderzoek wordt uitgevoerd.

Deze criteria zijn in de regel vastgelegd in contract- of inkoopvoorwaarden, in beleidsregels en/of in een verordening.

In de enquête is aan gemeenten gevraagd of zij ook daadwerkelijk controleren op deze kwaliteitscriteria. Vrijwel alle centrumgemeenten (19 van de 20) en een ruime meerderheid van de regiogemeenten (20 van de 24) geven aan dit te doen.

In het kader is een opsomming gegeven van de manieren waarop gemeenten toetsen op deze kwaliteitscriteria. De meest genoemde werkwijzen staan bovenaan.

Wijze van controle op kwaliteit zorgaanbieders door gemeenten

- Preventief/vooraf onderzoek bij subsidieaanvraag/contractering/aanbesteding / toewijzing
- Contractgesprekken met zorgaanbieder
- Via toezichtshouders, bijvoorbeeld GGD
- Kwaliteitsbezoeken (preventief en/of signaalgestuurd)
- Jaarlijkse evaluatiegesprekken met zorgaanbieder
- Via rapportages van aanbieders
- Periodieke (evaluatie)gesprekken met cliënt
- Jaarlijkse toets dmv 'quickscan' bij een deel van de aanbieders

Bron: enquête onder gemeenten

Het blijkt dat gemeenten vooral vooraf preventief onderzoek doen bij de contractering. Sommige gemeenten geven aan ook tussentijds kwaliteitscontroles uit te voeren bij de zorgaanbieder. Ook evaluatiegesprekken met de cliënt komen voor.

In de enquête is niet gevraagd naar het onderscheid tussen kwaliteitscontroles bij wel en niet gecontracteerde aanbieders. Wel is door sommige gemeenten aangegeven dat dezelfde eisen gelden voor ZiN als voor pgb-aanbieders, dit is echter lang niet altijd zo.

Een gemeente geeft aan:

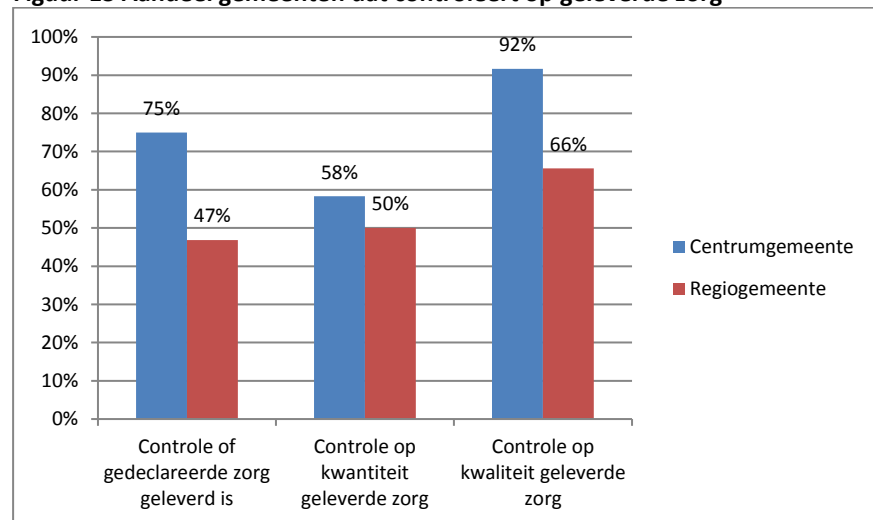
'Niet-gecontracteerde aanbieders kunnen niet altijd aan de kwaliteitseisen voldoen, maar ze hebben vaak een specifiek of cultuurgebonden aanbod waardoor je ze ook niet wilt weigeren.'

Controle van kwaliteit en rechtmatigheid

Via een beschikking informeert de gemeente de cliënt over welke hulp en ondersteuning is toegekend. Alle centrumgemeenten, en twee derde van de regiogemeenten, geven aan dat de gemeente bij de toekenning van beschermd wonen een beschikking afgeeft. De vraag is nu hoe wordt gecontroleerd dat deze toegekende zorg wordt geleverd.

In de vorige paragraaf is al genoemd dat gemeenten veelal in de contracteringsfase de aanbieders controleren aan de hand van kwaliteitscriteria, en dat er soms ook tussentijdse controles plaatvinden op de geleverde zorg. In de volgende figuur is te zien hoeveel gemeenten controleren of de gedeclareerde zorg is geleverd, en of de geleverde zorg voldoende is in kwantitatieve en kwalitatieve zin.

Figuur 13 Aandeel gemeenten dat controleert op geleverde zorg



Het algemene beeld is dat ongeveer de helft van de regiogemeenten die de enquête hebben ingevuld, en een (ruime) meerderheid van de centrumgemeenten, controles uitvoeren op de geleverde zorg. Hierbij wordt met name gecontroleerd op de kwaliteit van de geleverde zorg (92% van de centrumgemeenten). Of de gedeclareerde zorg geleverd is, wordt door driekwart van de centrumgemeenten gecontroleerd. Hierbij wordt echter niet altijd gelet op de kwantiteit van de zorg (42% van de centrumgemeenten controleert hier niet op).

Wijze van controle op geleverde zorg

- Periodieke evaluatiegesprekken met zorgaanbieder (door toezichthouder of accounthouder)
- Schriftelijke evaluaties / dossieronderzoek/onderzoek zorgplannen op cliëntniveau
- Gesprekken met cliënt door sociaal team, trajectbewaking/bewaking voortgang
- Herindicaties
- Signaalgestuurd onderzoek (bijvoorbeeld n.a.v. signalen vanuit SVB m.b.t. pgb)
- Controle op declaratiegedrag, op basis van ingediende declaraties bij de SVB
- Periodiek steekproefsgewijze interviews met cliënten
- Controle op JMV inclusief accountantsverklaring

Bron: enquête onder gemeenten

Controle op de geleverde zorg vindt met name plaats door middel van periodieke evaluatiegesprekken met de aanbieder of cliënt (zie kader). Bij sommige gemeenten is deze controle alleen signaalgestuurd of steekproefsgewijs, of alleen bij grote aanbieders. In de enquête benadrukken sommige gemeenten dat er ruimte is voor verbetering: *'Contractbeheer en toezicht op levering komen in de praktijk onvoldoende uit de verf'.*

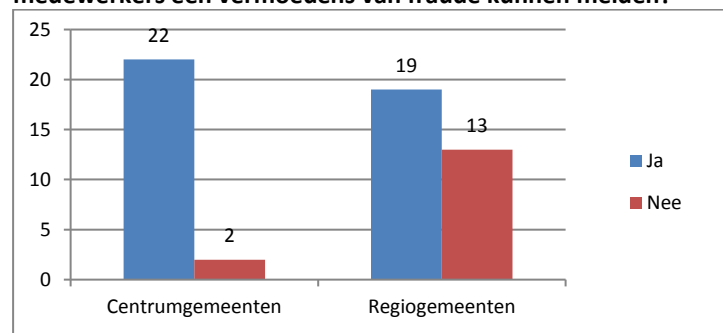
Een andere gemeente geeft aan dat er de wens is om in de toekomst meer risico gestuurd te gaan onderzoeken in plaats van signaal gestuurd.

Signalering van fraude

In de meeste gemeenten kunnen vermoedens van fraude bij een meldpunt worden gemeld. Vrijwel alle centrumgemeenten en ruim de helft van de regiogemeenten die de enquête hebben ingevuld, beschikken over een meldpunt, zo blijkt uit figuur 14. Ook uit de interviews met gemeenten komt een beeld naar voren van toenemende aandacht voor fraudesignalen, waarbij

gemeenten al beschikken over een meldpunt of een meldpunt aan het opzetten zijn.

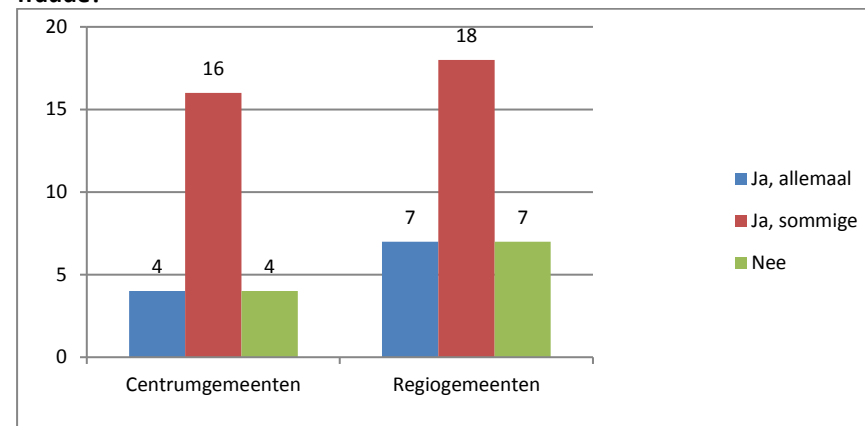
Figuur 14 Beschikt uw gemeente over een meldpunt waar burgers en/of medewerkers een vermoedens van fraude kunnen melden?



Bron: enquête onder gemeenten

Om te kunnen signaleren is het van belang dat medewerkers van de gemeente ook alert zijn op signalen van fraude en deze kunnen herkennen. De meeste, maar niet alle gemeenten geven aan dat in ieder geval sommige Wmo-medewerkers zijn opgeleid om te letten op dergelijk signalen, zo blijkt uit figuur 15.

Figuur 15 Zijn de medewerkers van uw gemeente die taken hebben op het gebied van Wmo-voorzieningen, opgeleid om te letten op signalen van fraude?



Bron: enquête onder gemeenten

Aanpak bij signalen

Niet alle signalen die bij gemeenten binnenkomen zijn geschikt om nader te onderzoeken. Signalen dienen wel onderbouwd te zijn. Ook moeten gemeenten soms prioriteren, omdat er niet voldoende capaciteit is om alle signalen te onderzoeken.

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat gemeenten een toenemende urgentie voelen om in te zetten op fraudebestrijding. Hierbij wordt bijvoorbeeld samengewerkt met het de ggd en/of met het zorgkantoor.

Bij signalen van onrechtmatigheid of onvoldoende kwaliteit kunnen verschillende middelen worden ingezet. Soms worden eerst gesprekken met de zorgaanbieder gevoerd. Geregeld vindt evaluatie plaats van de situatie op de locatie door de ggd. In sommige gevallen wordt ook de politie ingezet. Er vindt dan bijvoorbeeld een inval plaats waarbij de administratie in beslag wordt genomen, die wordt gebruikt om onderzoek te doen naar de rechtmatigheid van de declaraties.

Zoals al eerder opgemerkt leidt onderzoek lang niet altijd tot de vaststelling van fraude, en is het vaak gemakkelijker om in te zetten op het aantonen van

onvoldoende kwaliteit van zorg dan om echte fraude aan te tonen. Zo bemoeilijkt gebruik van het pgb-maandloon³⁴ rechtmatigheidsonderzoek (dit komt nader aan bod in hoofdstuk 8). In het geval van maandloon kan niet worden gecontroleerd of de gedeclareerde zorg ook is geleverd. Daarbij komt dat vooral zorgaanbieders die bewust frauderen hun zaken goed op orde kunnen hebben: *'De kwaadwillenden laten zich goed juridisch informeren. Om het net zo in te richten dat het past'*.

Sommige gemeenten geven in de interviews aan in geen enkele casus fraude te hebben kunnen vaststellen, ondanks dat er sprake was van sterke vermoedens. Een gemeente noemt het opvallend dat een pgb-aanbieder vaak failliet gaat tijdens een onderzoek. In deze situatie zou je kunnen veronderstellen dat de ongewenste situatie hiermee ook ten einde is, dit geldt echter niet indien de aanbieder onder een andere naam een doorstart maakt, iets wat geregeld wordt signaleerd.

Voorbeeld: aanpak Nijmegen

De gemeente Nijmegen is een experimentele gemeente in de aanpak van zorgfraude, waarbij wordt bekeken welke aanpak het best werkt. Al vanaf 2015 zet de gemeente fors in op toezicht op rechtmatigheid en kwaliteit in de Wmo. De gemeente heeft een meldpunt opgezet voor signalen. Hier komen veel meldingen binnen, meer dan de gemeente kan oppakken. Daarom is men gaan prioriteren en worden de meest schrijnende casussen opgepakt. Daarnaast heeft de gemeente beleidsaanpassingen gedaan naar aanleiding van het hoge aantal meldingen met betrekking tot pgb-gefinancierde zorg. De gemeente is actief gaan inzetten op het zo kritisch mogelijk kijken of een pgb wel verantwoord is. Daarbij zijn de kwaliteitseisen voor professionele pgb-aanbieders, zoals eisen voor diploma's, VOG's etcetera, gelijkgesteld aan de eisen voor aanbieders van ZiN. Informele zorg hoeft niet aan alle eisen te voldoen. De gemeente verstrekt alleen een pgb als de pgb-houder ook daadwerkelijk eigen regie hierin kan voeren. De vereisten zijn vastgelegd in de verordening.

³⁴ Cliënten met een pgb hebben de mogelijkheid om hun zorgverlener door de SVB te laten uitbetalen door middel van een vast maandloon. Er hoeven dan geen urenverantwoordingen of facturen te worden ingediend.

6.2 Zorgkantoren

Zorgkantoren hebben geen taak in de indicatiestelling, maar zijn wel verantwoordelijk voor het verstrekken van een pgb. Daarbij hebben de zorgkantoren zorgplicht, wat wil zeggen dat ze voldoende en goede zorg dienen in te kopen bij zorgaanbieders.

Bij het toezicht op de Wlz-zorg ligt de focus van de zorgkantoren op ongecontracteerde zorg, waaronder de pgb-gefinancierde zorg. Hier komen de meeste signalen over binnen. In tegenstelling tot gecontracteerde zorg ervaren zorgkantoren weinig handvatten te hebben om eisen te stellen aan de kwaliteit van de met een pgb ingekochte zorg. Zorgkantoren trachten desondanks diverse instrumenten in te zetten om problematiek bij deze zorg te voorkomen of aan te pakken. Hierbij is een onderscheid te maken tussen werkwijze aan de voorkant, bij verstrekking van het pgb, bij controle op de zorglevering en aan de achterkant, naar aanleiding van signalen.

Bewuste keuze gesprekken

Indien de cliënt de zorg met een pgb wil inkopen vindt een bewust keuze gesprek plaats, veelal zowel met de budgethouder als met de gewaarborgde hulp. Doel is om te toetsen of de cliënt in staat is om het pgb te beheren. Een zorgkantoor geeft aan ook bewuste keuzegesprekken op locatie te voeren, zodat er een indruk gekregen kan worden van het wooninitiatief zelf.

Zorgkantoren ervaren echter beperkte mogelijkheden om een pgb te weigeren, ook al kan een cliënt niet zelf de regie voeren. Dit gebrek aan weigeringsgronden komt nader aan bod in hoofdstuk 8.

Controle op geleverde zorg

Hoewel zorgkantoren bij onvoldoende kwaliteit van de zorg weinig handvatten hebben om een pgb stop te zetten, kan het zorgkantoor wel vragen stellen over de kwaliteit van de zorg. Ze kunnen de kwaliteit wel monitoren en een vinger aan de pols houden voor de budgethouder.

Bij woonzorg combinaties vindt controle op de geleverde zorg veelal plaats door middel van huisbezoeken of gesprekken met cliënten. Net als bij gemeenten bemoeilijkt het hanteren van een maandloon de controle op de

geleverde zorg, er is dan niet zichtbaar hoeveel uren zijn gedeclareerd. Een zorgkantoor geeft aan dat bij de beoordeling van de zorgovereenkomst reeds een onderbouwing van het maandloon wordt opgevraagd. Dit maakt het makkelijker om tijdens het huisbezoek te toetsen of de geleverde zorg hiermee overeen komt.

Bij huisbezoeken is men er alert op dat de zorgverlener niet aanwezig is, om te voorkomen dat de budgethouder niet openlijk durft te spreken.

Ook in het geval van ZiN vinden controles plaats op de levering van zorg, bijvoorbeeld op basis van de cliëntenregistratie, die gerelateerd wordt aan de declaratie. Tevens vinden gesprekken plaats over de kwaliteitskaders die de aanbieder hanteert. Een zorgkantoor merkt op dat deze controle op kwaliteit bij pgb-gefinancierde zorg wel eens ontbreekt.

Werkwijze bij signalen

Bij signalen van mogelijke fraude of zorgverwaarlozing wordt veelal een onderbouwing van het maandloon en het zorgplan opgevraagd, en in het geval van een uurloon de urenregistratie bij de SVB. Vervolgens vindt een huisbezoek plaats waarbij wordt gesproken met de budgethouder. Hierbij wordt eventueel ook de administratie van de zorgaanbieder onderzocht. In voorkomende gevallen wordt het CIZ verzocht om ambtshalve herindicaties, om te onderzoeken of de indicaties gerechtvaardigd zijn.

Indien is aangetoond dat de zorg onvoldoende is, kan deze worden stop gezet. Echter als de cliënt tevreden is en de declaraties overeen komen met de zorgplannen, kan het zorgkantoor weinig doen, ook al zijn er ernstige twijfels over de kwaliteit van de zorg.

Net als gemeenten benadrukken zorgkantoren dat het aantal zaken waarbij fraude kan worden aangetoond minimaal is:

‘Het is een enorme onderschatting. Onderzoeken stranden vaak.’

‘We hebben ook wel eens dossiers waarbij de aanbieder failliet gaat tijdens het onderzoek. Hoeveel zin heeft het om dan door te gaan? Het geld is al weg.’

7 Oorzaken en achtergronden

Verschillende mechanismen spelen een rol bij het veroorzaken of in stand houden van de problematiek bij beschermd/begeleid wonen, bijvoorbeeld omdat ze ervoor zorgen dat fraude moeilijk kan worden voorkomen, opgespoord of aangepakt.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op deze factoren. Deze dienen vervolgens als input voor het volgende hoofdstuk waarin verbeterpunten voor beleid, wet- en regelgeving aan bod komen.

Hieronder gaan we eerst in op factoren die specifiek zijn voor beschermd/begeleid wonen met een pgb, en die zowel door gemeenten als door zorgkantoren zijn benoemd. Vervolgens wordt ingegaan op de onmogelijkheden die gemeenten ervaren om problematiek bij beschermd wonen te voorkomen of aan te pakken. Tot slot besteden we aandacht aan het woningtekort als factor die bijdraagt aan het in stand houden van het probleem.

7.1 Pgb-specifieke factoren

Uit eerdere hoofdstukken in dit rapport kwam naar voren dat signalen over beschermd/begeleid wonen die bekend zijn bij zorgkantoren, vooral gaan over zorg bekostigd met een pgb. Bij gemeenten betreffen de signalen zowel pgb-bekostigde zorg als ZiN. In gesprekken met zorgkantoren en gemeenten zijn diverse oorzaken van de problematiek genoemd die specifiek betrekking hebben op zorg gefinancierd met een pgb. Deze bespreken we in de volgende alinea's.

Niet-onafhankelijke vertegenwoordiging

Een belangrijk doel van het pgb is dat de budgethouder zelf de regie heeft over de in te kopen zorg. Een groot deel van de cliënten met een indicatie voor beschermd wonen (vanwege psychische of psychosociale problematiek) of met een Wlz-indicatie vanwege een verstandelijke beperking, is echter niet in staat zelf deze regie te voeren.

Hoewel in staat zijn om regie te voeren over de zorg, zowel in de Wlz als in de Wmo, een belangrijke voorwaarde is voor de verstrekking van een pgb, mag deze regie ook in handen worden gegeven van een gewaarborgde hulp. Een gewaarborgde hulp, dit kan bijvoorbeeld een familielid zijn maar ook een ander persoon uit de omgeving van de cliënt, zorgt er dan voor dat aan alle verplichtingen wordt voldaan die horen bij het pgb. Binnen de Wlz is een gewaarborgde hulp zelfs verplicht voor (onder andere) de zorgprofielen VG04³⁵ en hoger. De gewaarborgde hulp dient bijvoorbeeld te bewaken dat de zorg die wordt ingekocht van voldoende kwaliteit is, past bij de zorgvraag en ook daadwerkelijk wordt geleverd.

Naast een gewaarborgde hulp hebben sommige cliënten een wettelijk vertegenwoordiger, bijvoorbeeld een bewindvoerder. Deze neemt beslissingen over geldzaken indien de cliënt dit niet zelf kan. De bewindvoerder is dan verantwoordelijk voor het beheer, waaronder de verantwoording, van het pgb.

De gewaarborgde hulp en/of de bewindvoerder hebben dus een belangrijke rol als het gaat om het vertegenwoordigen en behartigen van de belangen van de budgethouder. En indien zij inderdaad deze belangen behartigen, kan het gebrek aan regiemogelijkheden bij de budgethouder in principe ondervangen worden. Echter: deze vertegenwoordigers zijn niet altijd onafhankelijk, zo bleek uit casuïstiek die eerder in dit rapport is beschreven. In veel casussen blijken dit personen te zijn die direct betrokken zijn bij een zorgaanbieder, zoals relaties van de zorgaanbieder en soms betreft het zelfs de bestuurder van een zorgorganisatie. Ook ziet men vaak dezelfde bewindvoerders in combinatie met bepaalde zorgverleners.

Een gemeenten noemt als voorbeeld:

'Ik kan me een situatie herinneren waarbij een aanbieder en bewindvoerdersbureau elkaar hielpen. Deze aanbieder en het bewindvoerdersbureau behartigden vooral elkaars belang en niet van de cliënt.'

³⁵ Binnen de Wlz wordt de behoefte aan zorg en begeleiding uitgedrukt in een zorgprofiel. Voor cliënten met een verstandelijke beperking zijn de zorgprofielen VG03 t/m VG08 beschikbaar. Hierbij geldt dat een hoger nummer staat voor een grotere zorgbehoefte.

En een zorgkantoor:

'De gewaarborgde hulp zit vaak ook in het netwerk van de aanbieder en heeft dus ook verkeerde bedoelingen.'

In deze gevallen is het risico groot dat de belangen van de budgethouder bij de vertegenwoordigers niet op de eerste plaats komen. Het effect van het pgb is in deze gevallen niet zozeer dat de budgethouder eigen regie kan voeren, maar dat de zorgaanbieder de mogelijkheid heeft om misbruik te maken van kwetsbare personen. Zeker als de budgethouder ook geen sociaal netwerk heeft dat een vinger aan de pols houdt, is deze volstrekt afhankelijk van de zorgaanbieder. Al eerder in dit rapport kwamen diverse redenen aan bod waarom budgethouders zelf vaak niet aan de bel trekken over slechte kwaliteit van de zorg (ze weten bijvoorbeeld niet waar ze recht op hebben, zijn bang om te klagen, of worden geïntimideerd door de zorgaanbieder).

Verstrekkers ervaren weinig mogelijkheden tot weigeren pgb

Een gebrek aan pgb-vaardigheid van de cliënt is dus geen valide reden om een pgb te weigeren, indien de regie wordt gevoerd door een vertegenwoordiger. In de praktijk ervaren gemeenten en zorgkantoren weinig mogelijkheden om een pgb te weigeren:

'Pgb verstrekken wordt snel gedaan. Als je kan motiveren waarom je een pgb wil, dan ontvang je een pgb.'

Ook bij vermoedens van onrechtmatigheden kan een pgb niet zomaar worden stopgezet, als alles op papier lijkt te kloppen:

'Op de een of andere manier komt er altijd gewaarborgde hulp die zorgt dat de klant aan de verplichtingen voldoet wanneer we vragen stellen.'

En indien er uiteindelijk toch onrechtmatigheden kunnen worden vastgesteld, loopt de gewaarborgde hulp geen enkel risico: *'De hoge vorderingen zijn uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de pgb-houder.'*

Zorgkantoren benadrukken verder dat gebrek aan kwaliteit van de in te kopen zorg moeilijk door het zorgkantoor kan worden vastgesteld, vanwege gebrek aan kwaliteitskaders en omdat ze geen kwaliteitseisen kunnen stellen aan de aanbieders. Daarom is gebrek aan kwaliteit bij deze zorg in de praktijk vaak niet bruikbaar als weigeringsgrond voor het verstrekken van een pgb. Er is in het

geval van een pgb, anders dan bij ZiN, geen relatie tussen zorgkantoor en zorgaanbieder, waardoor er geen kwaliteitseisen gesteld kunnen worden: *'Wij verwonderen ons over het feit dat iedereen een zorgbureau kan beginnen. Ze kunnen gewoon declareren zonder aan voorwaarden te hoeven voldoen.'*

Ook al zijn er ernstige twijfels over de kwaliteit van de zorg, kunnen zorgkantoren het pgb niet stopzetten, indien een cliënt tevreden is en de declaraties overeen komen met de zorgplannen.

'Als een budgethouder zegt, dit is voor mij goede zorg, wat kunnen wij er verder nog van vinden? We hebben geen instrumenten.'

Gebrek aan kwaliteitscontroles gemeenten

In vergelijking met zorgkantoren hebben gemeenten meer mogelijkheden om de kwaliteit van de pgb-gefinancierde zorg te bewaken. Uit interviews met gemeenten komt het beeld naar voren dat gemeenten worstelen met het stellen van kwaliteitseisen aan zorgaanbieders in het algemeen, en aan aanbieders van pgb-gefinancierde zorg in het bijzonder. Voor aanbieders van ZiN zijn vaak kwaliteitskaders opgesteld, maar deze gelden niet altijd ook voor aanbieders van pgb-gefinancierde zorg. En ook al gelden deze wel voor deze laatste categorie aanbieders, dan nog is het voor gemeenten moeilijk om hierop te controleren. Het is de cliënt die een overeenkomst aangaat met de aanbieder, de gemeente staat daarbij op afstand. Bij het verstrekken van een pgb spelen kwaliteitscriteria van de in te kopen zorg veelal geen rol.

Pgb maandloon bemoeilijkt aantonen onrechtmatigheid

Uit de vorige alinea's bleek dat noch gebrek aan regiemogelijkheden bij de cliënt, noch gebrekkige kwaliteit van de zorg verstrekkers voldoende handvatten bieden om een pgb te weigeren. Ook vermoedens van onrechtmatige bestedingen van het pgb zijn vaak onvoldoende hard te maken, wat ingrijpen bemoeilijkt. Dit is vooral het geval als er maandlonen worden gedeclareerd.

Cliënten met een pgb hebben de mogelijkheid om hun zorgverlener door de SVB te laten uitbetalen door middel van een vast maandloon. Er hoeven dan geen urenverantwoordingen of facturen te worden ingediend. Het maandloon staat toe dat er de ene maand meer zorg geleverd wordt dan de andere,



waarbij maandelijks een vast bedrag wordt gedeclareerd. Vaak is dit in de praktijk het maximale geïndiceerde bedrag³⁶.

Voor budgethouders betekent het maandloon een verlichting van administratieve lasten. Voor zorgaanbieders betekent het echter in de praktijk dat ze kunnen declareren wat ze willen (tot het maximale budget). De declaratie hoeft geen verantwoording te bevatten van het aantal uur geleverde zorg. Hierdoor is er in feite ook geen controle op rechtmatigheid mogelijk: indien niet is gespecificeerd hoeveel uur zorg is geleverd, kan ook niet worden aangetoond dat dit afwijkt van de werkelijk geleverde zorg.

Gemeenten en zorgkantoren ervaren het maandloon als zeer belemmerend voor het kunnen toetsen van rechtmatigheid van de gedeclareerde zorg. In theorie zou het mogelijk moeten zijn om, op basis van de administratie van de zorgaanbieder, het gedeclareerde bedrag te relateren aan de geleverde zorg. Echter het werken met maandloon blijkt voor sommige aanbieders ook een reden te zijn om geen administratie bij te houden:

‘Zorgverleners houden niet meer bij op welke dagen en tijden zorg is verleend, waardoor je dit niet kunt toetsen aan het verhaal van de budgethouder.’

Zonder urenregistratie is het vrijwel onmogelijk om aan te tonen dat er meer zorg is gedeclareerd dan geleverd.

Het maandloon is tevens van invloed op de haalbaarheid van strafrechtelijke onderzoeken en daarmee de keuze voor de inzet van het strafrecht.

Prikkels om situatie in stand te houden in plaats van aan te pakken

Behalve dat onrechtmatigheden bij beschermd/begeleid wonen met een pgb vaak lastig aan te tonen zijn, lijkt het om diverse redenen soms aantrekkelijker te zijn om de situatie in stand te houden.

Budgethouder vaak zelf tevreden

³⁶ Uit een quick scan van het IKZ op basis van SVB-cijfers bleek dat 30% van de pgb-zorgverleners wordt uitbetaald met een maandloon (in de periode 2016-medio 2018). Daarbij blijkt dat in het geval van maandloon vaker de maximale budgetten worden gedeclareerd dan in het geval van uurloon: ruim 70% van de budgethouders die werken met maandloon besteden 95% van het budget of meer, bij uurloon geldt dit voor minder dan de helft van de cliënten.

Ten eerste zijn budgethouders regelmatig zelf wel tevreden met de situatie. Ze hebben woonruimte en vaak een relatief lage huur:

‘De cliënten hebben er belang bij dat de situatie in stand gehouden wordt, ze hebben vaak een mooie woning voor weinig geld. Zodra bij ons bekend is dat er meer zorg wordt gedeclareerd dan er geleverd wordt, lopen zij het risico dat het pgb beëindigd wordt of de zorgverlener wordt afgekeurd. Dit heeft dan ook tot het gevolg dat zij de woning moeten verlaten.’

‘Met een Wajong uitkering is een budgethouder niet in staat om een vergelijkbaar huis te huren. Er is geen reden tot klagen.’

Daarbij komt dat de doelgroep van beschermd wonen geregeld zorg mijndend is en/of onvoldoende weet welke zorg ze nodig hebben en waar ze recht op hebben:

‘Deze doelgroep wil helemaal niet geholpen worden. Ze zien niet hun eigen problematiek.’

Vorderingen vaak ten laste van budgethouder

Zorgkantoren en gemeenten benadrukken ook dat terugvorderingen van het pgb, bij aangetoonde onrechtmatigheden, vaak ten laste komen van de budgethouder³⁷.

Zo zegt een zorgkantoor:

‘Een vordering instellen zijn we ook niet happig op want daar heb je de budgethouder mee. Soms leven ze al in schulden en dan zou het de boel verergeren.’

Ook bij Wmo-zorg komt terugvordering vaak ten laste van de budgethouder. Hier speelt het ‘dubbele opzetvereiste’: een pgb mag volgens de Wmo alleen worden teruggevorderd bij de aanbieder als opzet zowel bij de aanbieder als bij

³⁷ Overigens geeft de ‘te goeder trouw regeling’ het zorgkantoor de mogelijkheid om een kwetsbare budgethouder, die zelf te goeder trouw heeft gehandeld, te beschermen tegen mogelijke fraude door de zorgverlener. Bij mogelijke fraude moet het zorgkantoor onderzoek doen en ten onrechte verstrekt pgb terugvorderen bij de zorgverlener.

de cliënt is vastgesteld. Als er bij de cliënt geen sprake is van opzet, kan er dus niets worden tergevoerd bij de aanbieder³⁸.

Onvoldoende beschikbaarheid ZiN

Tot slot speelt bij de aanpak van onrechtmatigheden bij beschermd/begeleid wonen met een pgb mee dat ZiN niet altijd beschikbaar is.

Aangegeven wordt dat aanbieders van ZiN bepaalde cliëntgroepen weigeren, vanwege bijkomende gedragsproblematiek zoals drugsgebruik:

‘Ook niet alle ZiN-aanbieders willen deze moeilijke doelgroep hebben. Daarom is de gemeente soms gedwongen tot het verstrekken van een pgb.’

Het gebrek aan ZiN-aanbod heeft ook te maken met personeelstekorten bij deze zorg. Het verstrekken van een pgb lijkt daarom soms het beste alternatief.

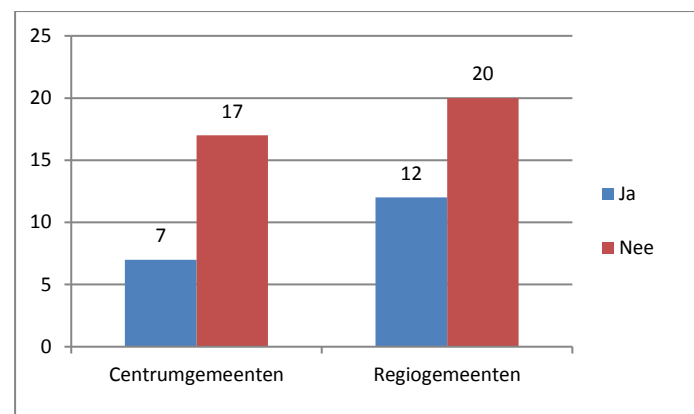
7.2 Expertise en beleid van gemeenten

Gemeenten zijn sinds 2015 verantwoordelijk voor beschermd wonen. De vraag is of gemeenten in deze relatief korte tijd voldoende expertise hebben opgebouwd en beleid hebben ontwikkeld om fraude en onrechtmatigheden bij beschermd wonen te kunnen voorkomen, herkennen en aanpakken. Eventuele tekortkomingen hierbij bieden aanknopingspunten voor verbeterpunten. Om die reden is in de enquête aan gemeenten gevraagd of zij over voldoende mogelijkheden beschikken om problematiek bij beschermd wonen te voorkomen en te herkennen.

Voorkomen van onrechtmatigheden/zorgverwaarlozing

Figuur 18 Ervaart u dat de gemeente over voldoende mogelijkheden beschikt om onrechtmatigheden/zorgverwaarlozing bij beschermd wonen te kunnen voorkomen?

³⁸ NB: Om de budgethouder beter te beschermen is er in de model zorgovereenkomsten van de SVB sinds 1 april 2017 het ‘derdenbeding’ opgenomen. Hiermee is beoogd dat een pgb kan worden teruggevorderd op de aanbieder als het pgb is ingetrokken als gevolg van het toerekenbaar handelen van de aanbieder. De VNG meldt echter dat in de praktijk het dubbele opzet vereiste nog steeds leidend is waardoor het zeer moeilijk blijft om middelen terug te vorderen bij de aanbieder.



Bron: enquête onder gemeenten

De meerderheid van zowel centrumgemeenten (71%) als regiogemeenten (63%) ervaart onvoldoende mogelijkheden om onrechtmatigheden/zorgverwaarlozing bij beschermd wonen te kunnen voorkomen.

In het kader is aangegeven wat gemeenten naar eigen zeggen nodig hebben om dit beter te kunnen doen.

Verbetermogelijkheden om onrechtmatigheden/zorgverwaarlozing bij beschermd wonen te kunnen voorkomen

- Meer handhavingshandvatten aan de voorkant: betere/meer uitgebreide kwaliteitscheck vooraf, kritischer toetsen op pgb, kunnen handelen op vermoedens/onderbuikgevoelens om aanbieder vooraf buiten de deur te houden;
- Regie voeren op voortgang: vaker kwalitatief en kwantitatief onderzoek doen, daarbij op bezoek gaan, vinger aan de pols houden, casemanager op cliëntniveau;
- Proactief toezicht, beter toezicht, betere monitoring signalen;
- Meer toezichtscapaciteit;
- Meer mogelijkheden om gegevens uit te wisselen tussen zorgkantoren en gemeenten (vanuit de Wlz mag nu geen informatie gedeeld worden met gemeenten);
- Zwarte lijst aanbieders, landelijk toegankelijk;
- Meer jurisprudentie, scherpere wetgeving, beter passende wetgeving;
- Intensieve contacten, waaronder landelijk contact tussen gemeente en zorgkantoren, en een uitgebreidere rol daarbij voor het IKZ;
- Meer transparantie, meer inzicht in daadwerkelijk aantal uren zorgverlening, afschaffen pgb-maandloon;
- Geen pgb voor beschermd wonen;
- Uitbreiding plekken ZiN waardoor minder vaak pgb als 'verleggenheidskeuze';
- Specifiekere beschikkingen voor B en W (naast toezicht ook onderscheid in de individuele begeleidingsbehoefte);
- Kleinere werkgebied, minder aanbieders.

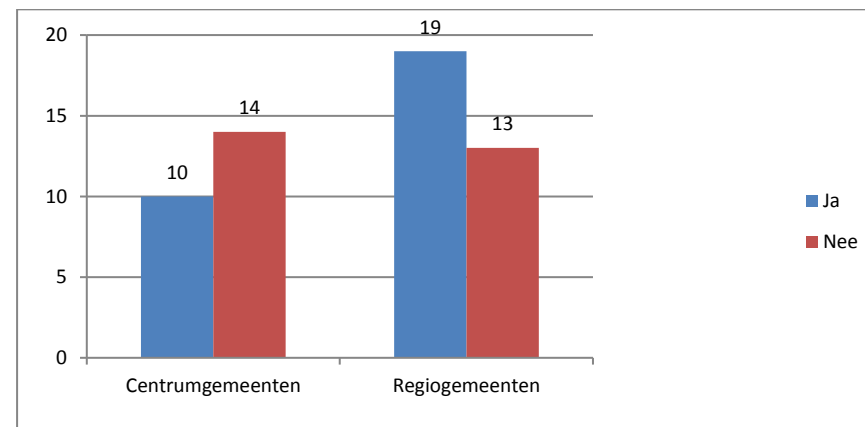
Bron: enquête onder gemeenten

Gemeenten hebben vooral behoefte aan meer handvatten aan de voorkant om ongewenste (pgb-) aanbieders buiten de deur te houden. Ook zouden ze meer toezicht willen houden op de voortgang en de geleverde zorg. Gebrek aan capaciteit is hierbij vaak een knelpunt.

Ook in de interviews wordt benadrukt dat er vaak onvoldoende beleid en kwaliteitskaders zijn om vooraf op kwaliteit te kunnen checken, of achteraf op de geleverde zorg. Gemeenten noemen wederom het gebrek aan transparantie over geleverde zorg en het pgb-maandloon als knelpunt. Er is ook behoefte aan meer informatiedeling met zorgkantoren en inzicht in een 'zwarte lijst' van aanbieders.

Herkennen van onrechtmatigheden/zorgverwaarlozing

Figuur 19 Heeft de gemeente naar uw mening voldoende kennis en kunde om fraudesignalen te herkennen?



Bron: enquête onder gemeenten

Opvallend is dat de meerderheid van de centrumgemeenten (14 van de 24, 58%) meent onvoldoende toegerust te zijn om signalen van fraude te herkennen. Voor regiogemeenten is dit iets minder dan de helft, namelijk 13 van de 32 (40%).

Desgevraagd geven de gemeenten aan vooral meer scholing en kennis, alsmede meer capaciteit nodig te hebben om fraude te herkennen. Ook meer samenwerking en het ontwikkelen van beleid worden wederom als verbeterpunt genoemd (zie kader).

Verbetermogelijkheden om fraudesignalen te kunnen herkennen

- Bijscholing, kennis, inzicht in huidige criteria en instrumenten om fraude te herkennen;
- Capaciteit: (meer) medewerkers met expertise (zorginhoudelijk, financieel, wat kan je met data, meer kennis bij inkoop en contractbeheer);
- Meer samenwerking en afstemming externe en interne ketens (toegang, kwaliteit, contractmanagement, beleid, administratie);
- Ontwikkelen fraudebeleid, meer prioriteit, de keuze om hier tijd in te investeren;
- Meer mogelijkheden voor gegevensuitwisseling;
- Inhoudelijk professionals die de aanbieders auditen, in plaats van enkel administratieve en financiële controle.

Bron: enquête onder gemeenten

Behalve dat veel gemeenten onvoldoende mogelijkheden ervaren om fraude te voorkomen en te herkennen, ervaren gemeenten ook dat het moeilijk is om fraude en zorgverwaarlozing aan te pakken. Dit heeft, zoals eerder in dit hoofdstuk beschreven, bijvoorbeeld te maken met het gebrek aan kwaliteitskaders, het zeer moeilijk kunnen aantonen van onrechtmatigheden, en het vaak niet kunnen terugvorderen van pgb's bij zorgaanbieders.

7.3 Rol van woningtekorten

Met name door gemeenten wordt het huidige woningtekort regelmatig genoemd als factor die problemen bij beschermd wonen in stand houdt.

Gemeenten kampen met woningtekorten, zeker voor jongeren met een laag inkomen. Sommige gemeenten hebben te maken met zwerfjongeren problematiek. Beschermd wonen blijkt soms te worden ingezet als instrument om deze problematiek op te lossen. In deze gevallen wordt geaccepteerd dat zorggeld niet gebruikt wordt voor zorg, maar voor wonen.

Woningtekorten kunnen er dus toe leiden dat de behoefte aan een woning bij de indicatiestelling meer voorop staat dan de behoefte aan zorg. Daarbij komt dat woningtekorten er toe kunnen leiden dat onrechtmatigheden en zorgverwaarlozing bij beschermd wonen eerder worden geaccepteerd. Er is

immers veelal sprake van een koppelbeding tussen wonen en zorg, zoals eerder in dit rapport toegelicht:

'Het probleem is dat als de gemeente een onderzoek instelt en constateert dat de zorg niet voldoende is, je als gemeente de cliënten in de problemen brengt, omdat ze de woning moeten verlaten als ze stoppen met zorg afnemen.'

Al eerder in dit hoofdstuk kwam naar voren dat jongeren die beschermd wonen met een pgb vaak niet geneigd zijn om te klagen, omdat ze relatief goedkoop wonen. Als jongeren op straat komen te staan zijn ze daar ook niet mee geholpen, en is het de verantwoordelijkheid van de gemeente om voor woonruimte te zorgen. Voor gemeenten is dit soms een lastig dilemma.

'Het lastige van beschermd wonen en fraude is dat je te maken hebt met de meest kwetsbare doelgroep en dat je daar altijd een afweging moet maken met de cliënt in gedachten. Welke gevolgen heeft dit voor de mensen in zorg waar we ook verantwoordelijk voor zijn? Is het soms niet beter om het te laten doorsudderen zodat ze wel een dak en eten hebben?'

Een gemeente geeft aan dat het maatschappelijk en bestuurlijk belang (voorkomen van zwerfjongerenproblematiek, wat politiek gevoelig ligt) in deze gevallen soms boven het financiële belang wordt gesteld. Het feit dat de cliënt een woning heeft weegt dan zwaarder dan het aanpakken van fraude en zorgverwaarlozing.

8 Verbeterpunten voor beleid, wet- en regelgeving

Uit de resultaten van dit onderzoek komen diverse verbeterpunten voor beleid en regelgeving naar voren. In algemene zin is te concluderen dat de meeste winst te verwachten is van inspanningen ‘aan de voorkant’: kritischer zijn ten aanzien van de toegang tot het leveren/declareren van zorg door aanbieders, en de toegang tot een pgb voor cliënten. Op de tweede plaats komt het beter toezien op kwaliteit en rechtmatigheid van de geleverde zorg. Daarbij zijn nog enkele aanvullende verbeterpunten ten aanzien van beleid en regelgeving te noemen die kunnen bijdragen aan het oplossen van de oorzaken en achtergronden die in het vorige hoofdstuk zijn beschreven.

De verbeterpunten worden in dit hoofdstuk nader uitgewerkt.

Stel kwaliteitscriteria op voor beschermd/begeleid wonen

Er is behoefte aan heldere kwaliteitscriteria voor zowel beschermd wonen vanuit de Wmo als voor 24-uurszorg/begeleid wonen vanuit de Wlz voor mensen met een verstandelijke beperking. Deze behoefte betreft criteria voor zowel zorg in natura als voor zorg vanuit een pgb. Daarbij dient ook aandacht te zijn voor de verschillen tussen beide wettelijke kaders.

Bijvoorbeeld:

- Wat zijn de minimale kwantitatieve en kwalitatieve eisen waarin de zorg en begeleiding moeten voldoen?
- Wat verstaan we onder 16-24-uurs zorg of permanent toezicht? Moet er iemand aanwezig zijn, of in de nabijheid? En hoeveel uur mag je hiervoor declareren?
- Wat zijn de criteria waar de begeleiding en de dagbesteding aan moeten voldoen?
- Wat zijn de criteria voor zorgverleners? Welke diploma/opleidingseisen gelden er voor zorgverleners?
- Hoe verschillen deze criteria tussen woonzorg vanuit de Wmo en de Wlz?

Gemeenten leggen veelal kwaliteitscriteria vast in een verordening of aanbesteding. Om meer waarborgen te verkrijgen voor kwalitatief goede zorg in alle gemeenten, verdient het aanbeveling dat gemeenten op regionaal of landelijk niveau gezamenlijk kwaliteitscriteria ontwikkelen en gaan gebruiken.

Deze zouden dan zowel moeten gelden voor beschermd wonen gefinancierd met een pgb als voor zorg in natura.

Binnen de Wlz gelden voor aanbieders van ZiN reeds kwaliteitskaders. Ook kunnen zorgkantoren kwaliteitseisen vaststellen voor gecontracteerde zorg. Deze kaders en criteria ontbreken echter voor pgb-gefinancierde zorg. Zorgkantoren stellen voor om de kwaliteitskaders die gelden voor ZiN, ook te laten gelden voor aanbieders van pgb-gefinancierde wooninitiatieven.

Binnen de Wlz zou het daarnaast goed zijn om duidelijkere kwaliteitscriteria te koppelen aan de zorgprofielen. Het CIZ merkt op dat het niet wenselijk is om normen voor minimale uren zorg vast te leggen in het geïndiceerde Wlz-zorgprofiel. Er is met de komst van de Wlz nadrukkelijk voor gekozen om dit niet vast te leggen zodat maatwerk mogelijk is afhankelijk van de specifieke zorgbehoefte van de cliënt. Het is echter wel wenselijk dat er aan de kant van het aanbod meer concrete kwaliteitsnormen en criteria worden vastgelegd.

Mogelijk kunnen partijen als cliëntenorganisaties, brancheorganisaties, beroepsgroepen, het Zorginstituut, zorgkantoren, de VNG en gemeenten, een rol spelen bij het opstellen van kwaliteitscriteria. Zo wordt er verwezen naar het Kwaliteitskader voor Verpleeghuiszorg. Iets dergelijks zou er ook moeten komen voor beschermd/begeleid wonen.

Laat opleidingseisen leidend zijn om het hoge pgb-tarief te mogen declareren

Wat betreft pgb-gefinancierde zorg is tevens van belang om kritisch te kijken naar het onderscheid tussen formele en informele zorg. Pgb-gefinancierde zorg kan ook geleverd worden in de vorm van informele zorg (bijvoorbeeld door een familielid), waarbij een lager uurtarief geldt. Het ligt voor de hand dat in deze situatie minder strenge opleidingseisen gelden voor de zorgverlener. Tegelijk is het logisch dat om het hoge tarief te mogen declareren, er strengere kwaliteitseisen gelden. Het is voor het mogen hanteren van het hoge uurtarief voor pgb-gefinancierde zorg in de huidige situatie echter voldoende om een inschrijving bij de Kamer van Koophandel te hebben. Het is daarom relatief gemakkelijk en aantrekkelijk om pgb-gefinancierde zorg te leveren voor een hoog tarief. Een inschrijving bij de Kamer van Koophandel biedt echter geen garantie voor kwaliteit van zorg. Dit is des te meer een aandachtspunt in het geval van beschermd en begeleid wonen voor een complexe doelgroep met een



intensieve zorgvraag.. Om het hoge uurtarief te mogen hanteren zou voldaan moeten worden aan opleidingseisen die de kwaliteit en professionaliteit van de zorg garanderen. Voor de Wlz betekent dit een aanpassing van landelijke regelgeving. Voor de Wmo geldt dat gemeenten zelf de ruimte hebben om hier regels voor op te stellen.

Creëer mogelijkheden om een overeenkomst te sluiten tussen zorgkantoor en aanbieder van pgb-gefinancierde zorg

Het vastleggen van kwaliteitscriteria is een belangrijk stap om ongewenste en onvoldoende deskundige aanbieders te kunnen weren voor gecontracteerde zorg. Voor pgb-gefinancierde zorg, met name als het Wlz-zorg betreft, is dit echter niet voldoende. In het vorige hoofdstuk werd reeds aangekaart dat zorgkantoren geen instrumenten hebben om eisen te stellen aan de kwaliteit van aanbieders van zorg die middels een pgb wordt ingekocht. Er is immers geen sprake van een overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Om de kwaliteit van de zorg te kunnen bewaken, is het van belang dat het zorgkantoor bij de verstrekking van het pgb niet alleen een overeenkomst aangaat met de budgethouder, maar ook met de aanbieder. Hiervoor is aanpassing van regelgeving nodig. Gemeenten hebben reeds de beleidsvrijheid om hier regels voor op te stellen.

Creëer mogelijkheden om aanbieders te screenen en te weigeren

Daarnaast is ook behoefte aan instrumenten om ongewenste aanbieders in het algemeen te weren van de zorgmarkt, zowel voor gecontracteerde als niet gecontracteerde zorg. Een recent wetvoorstel tot wijziging van de Wet bevordering integriteitsbeoordelingen door het openbaar bestuur (Wet Bibob) geeft bestuursorganen de mogelijkheid beschikkingen, subsidies en overheidsopdrachten te weigeren als er ernstig gevaar bestaat dat deze zullen worden gebruikt om strafbare feiten te plegen of om zwart geld wit te wassen. Daarbij biedt de voorgenomen invoering van de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) de mogelijkheid een vergunning te weigeren of in te trekken als de bestuurder na een verzoek geen VOG kan verstrekken. Beide wetten zijn een stap in de goede richting als het gaat om het kunnen weren van ongewenste en ongeschikte zorgaanbieders. De vraag is wel of deze instrumenten 'waterdicht' zijn. Zo geldt de vergunningsplicht in de Wtza niet voor aanbieders in de Wmo en bovendien niet voor aanbieders met minder dan tien zorgverleners. Dit

betekent dat de Wtza te omzeilen is door minder dan tien werknemers in dienst te nemen, of door alleen Wmo-zorg te leveren.

Daarbij benadrukken diverse in dit onderzoek betrokken partijen dat met wetgeving 'niet alles te dicht is'. Kwaadwillenden zullen altijd 'mazen in de wet' weten te vinden. Het blijft daarom onverminderd van belang dat partijen zelf eisen (kunnen) stellen aan de kwaliteit van de zorg, zowel ZiN als pgb-gefinancierd. Voor gemeenten is dit reeds het geval, zorgkantoren hebben hierbij, met name wat de pgb-zorg betreft, minder mogelijkheden.

Creëer mogelijkheden om gegevens uit te wisselen

Gemeenten en zorgkantoren hebben tevens behoefte aan meer mogelijkheden om met elkaar gegevens uit te wisselen over vermoedelijk frauderende of ongewenste zorgaanbieders. En dan zowel over rechtspersonen als over natuurlijke personen, aangezien malafide zorgaanbieders in de huidige situatie geregeld onder een andere naam opnieuw een zorgbedrijf beginnen (waarbij herkenning alleen mogelijk is op het niveau van een natuurlijke persoon). Ook is er behoefte aan een 'zwarte lijst' met aanbieders die door gemeenten en zorgkantoren te raadplegen is.

Huidige wetgeving staat echter in de weg dat gemeenten en zorgkantoren fraudesignalen uitwisselen, de Wlz biedt hier geen mogelijkheden voor. Die mogelijkheden waren er overigens wel in de AWBZ, de voorganger van de Wlz. Het 'Wetsvoorstel bevorderen samenwerking en rechtmatige zorg', dat op dit moment in de maak is, regelt naar verwachting dat gegevensdeling bij fraudesignalen tussen (onder andere) zorgkantoren en gemeenten) in de toekomst wel mogelijk zal zijn. Echter totdat deze wet van kracht is, ervaren zorgkantoren en gemeenten veel hinder van het gebrek aan mogelijkheden voor gegevensdeling. Dit leidt bijvoorbeeld tot situaties waarbij gemeenten naar aanleiding van een onderzoek besluiten hun cliënten bij een aanbieder weg te halen, zonder dat het zorgkantoor, dat Wlz-clieënten heeft bij dezelfde aanbieder, hiervan op de hoogte kan worden gebracht. Dit betekent niet alleen dat er bij onderzoek door het zorgkantoor dubbel werk moet worden gedaan, maar ook dat de Wlz-clieënten onnodig lang in een mogelijk onveilige situatie kunnen blijven zitten, en/of risico lopen om op straat te komen staan als de zorgaanbieder failliet gaat vanwege het verlies van de Wmo-clieënten. Zowel vanuit het oogpunt van de veiligheid en continuïteit van de zorg voor de cliënt, als vanuit het oogpunt van doelmatigheid, is dit een onwenselijke situatie.



Wees kritischer op (levenslange) Wlz-indicatie

Zorgkantoren hebben de indruk dat jongeren van rond de twintig jaar soms een zware Wlz-indicatie hebben gekregen vanwege gedragsproblematiek die leeftijdsgebonden is, en dat deze indicatie in latere jaren geldig blijft terwijl de problematiek is afgenomen. Gesuggereerd wordt daarom om deze jongeren rond de leeftijd van bijvoorbeeld 23 jaar te herindiceren.

Ook het CIZ geeft aan dat vóór de komst van de Wlz, jongeren met een verstandelijke beperking soms een tijdelijke indicatie kregen omdat nog onzeker is hoe de problematiek zich verder ontwikkelt. Voor deze groep is het niet altijd wenselijk om op hun achttiende een levenslange indicatie af te geven. Het verdient daarom aanbeveling om te onderzoeken of het mogelijk is om binnen de Wlz voor deze doelgroep een herindicatie mogelijk te maken.

Kritische check op vertegenwoordiging indien pgb-houder niet zelf regie kan voeren

Behalve het inperken van de toegang tot het leveren van pgb-gefinancierde zorg door ongewenste aanbieders, is ook door veel partijen de wens uitgesproken de toegang tot een pgb voor sommige cliënten te beperken of in ieder geval kritischer te bezien. In de huidige situatie, mede vanwege een gebrek aan kwaliteitscriteria, zijn er te weinig waarborgen voor het verkrijgen van voldoende en goede zorg door een budgethouder.

Ten eerste is de vraag gesteld of je aan de doelgroep cliënten die in aanmerking komen voor beschermd wonen vanuit de Wmo, of met een Wlz-indicatie vanwege een verstandelijke beperking voor één van de hogere zorgprofielen, überhaupt een pgb moet verstrekken. Het gaat hier om cliënten die in veel gevallen vanwege hun problematiek onvoldoende in staat zijn om regie te voeren. Al eerder is genoemd dat deze regie overgenomen kan worden door een gewaarborgde hulp of bewindvoerder, maar dat deze niet altijd opereert vanuit het belang van de cliënt.

We willen in dit rapport niet zover gaan om te stellen dat cliënten die geen eigen regie kunnen voeren geen pgb zouden moeten krijgen, omdat je daarmee bij wijze van spreken 'het kind met het badwater weggooit'. Er zijn genoeg

situaties denkbaar waarin een pgb een prima instrument is om passende zorg in te kopen voor personen die daarbij niet perse zelf de regie voeren. Echter: de cliënt dient hierbij wel beschermd te worden tegen niet-onafhankelijke vertegenwoordiging. Het is daarom van belang dat de verstrekker kritisch toetst op de onafhankelijkheid hiervan, zeker in het geval van kwetsbare cliënten met complexe problematiek, én zonder een sociaal netwerk dat een vinger aan de pols houdt. Een (schijn van) belangenverstremming tussen bewindvoerder en/of gewaarborgde hulp en de zorgaanbieder, zou een reden moeten zijn om geen pgb te verstrekken. Daarbij dient er voor gewaakt te worden dat zorgaanbieders of niet-onafhankelijk vertegenwoordigers, het (informele) beheer hebben van de financiële administratie van de cliënten (zoals beheer pasjes, rekeningen, inlogcodes en DigiD's).

Een goed uitgangspunt voor het verstrekken van een pgb aan cliënten die niet zelf de regie kunnen voeren, zou kunnen zijn: geen pgb, tenzij aannemelijk is gemaakt aan de verstrekker dat de vertegenwoordiging onafhankelijk is en handelt in het belang van de cliënt.

Verbeter toezicht op kwaliteit en rechtmatigheid

Behalve beter waarborgen van de kwaliteit van de zorg 'aan de voorkant', is het tevens van belang toezicht te houden op de geleverde zorg. Hierbij zijn zowel controles op kwaliteit als op rechtmatigheid van belang.

Voor zowel zorgkantoren als gemeenten is het belangrijk om een vinger aan de pols te houden op de geleverde zorg. Daarbij zijn bijvoorbeeld de volgende zaken van belang:

- Voldoet de aanbieder aan de kwaliteitscriteria die vooraf zijn gesteld?
- Welke zorg (kwantitatief en kwalitatief) wordt geleverd, wat is de aard van de begeleiding en hoe is het toezicht geregeld?
- Hoe is de woonsituatie? Is de veiligheid geborgd?
- In hoeverre worden vooraf gestelde doelen behaald?

Om hierop te kunnen controleren is het van belang dat vooraf afspraken zijn gemaakt/ kaders zijn opgesteld over de kwantiteit, kwaliteit en beoogde doelen van de geleverde zorg, waar de feitelijke situatie aan getoetst kan worden. Deze toetsing kan bijvoorbeeld plaats vinden door huisbezoeken,

voortgangsgesprekken met cliënten, en verantwoordingen door zorgaanbieders.

Eerder in dit rapport zijn reeds enkele belemmeringen geconstateerd om dit toezicht adequaat uit te voeren. Voor zorgkantoren geldt dat om het toezicht op de kwaliteit van pgb-gefinancierde zorg effectief te kunnen vormgeven, het nodig is dat er een overeenkomst kan worden afgesloten tussen zorgkantoor en zorgaanbieder. Voor gemeenten geldt een gebrek aan capaciteit en expertise vaak als struikelblok.

Voor toezicht op rechtmatigheid is het verder noodzakelijk dat de zorgaanbieder een administratie bijhoudt over de geleverde zorg. Dit blijkt lang niet altijd het geval te zijn, zeker als gewerkt wordt met declaraties op basis van maandloon. Het sterker inzetten op administratievoering door de zorgaanbieder staat wellicht haaks op het streven naar administratieve lastenverlichting in de zorg. Echter niet alleen omwille van rechtmatigheid, maar ook om te kunnen bewaken dat de zorg aan cliënten voldoende is van kwaliteit en kwantiteit, is het noodzakelijk dat aanbieders van beschermd of begeleid wonen enige administratie bijhouden over de geleverde zorg. Het verdient aanbeveling om nader te onderzoeken hoe de kwaliteit en kwantiteit van pgb-gefinancierde zorg kan worden bewaakt, zonder dat dit leidt tot onnodige administratieve lasten.

Voorkom uitzettingen zonder vervangende woonruimte

Een belangrijke factor die bijdraagt aan de kwetsbare positie van de cliënt, waardoor deze minder snel aan de bel zal trekken over slechte zorg, is de koppeling tussen wonen en zorg. In het geval van een koppelbeding tussen wonen en zorg kunnen cliënten geen beroep doen op huurbescherming. Dit geldt ook voor situaties van wonen met zorg waarbij de zorgcomponent prevaleert. Zodra de zorg stopt kunnen cliënten op straat worden gezet, zowel in situaties waarin de cliënt geen zorg meer wil afnemen van de aanbieder, als in situaties waarin de aanbieder geen zorg meer kan of wil leveren aan de cliënt.

Al eerder is aangegeven dat een koppeling tussen wonen en zorg soms nodig is om doelmatig zorg te kunnen leveren. Het is daarom wellicht niet de beste oplossing om wetgeving zodanig te wijzigen dat huurbescherming in alle

gevallen waarin wonen en zorg gecombineerd zijn, van toepassing wordt. Het is echter wel noodzakelijk om kwetsbare cliënten beter te beschermen tegen dakloosheid en tegen zorgaanbieders die dreigen met huisuitzettingen als de cliënt kritisch is op de verleende zorg.

Een mogelijkheid zou zijn om in regelgeving vast te leggen dat aanbieders van een combinatie van wonen en zorg cliënten alleen uit de woning mogen zetten als er vervangende woonruimte geregeld is. Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of en hoe een dergelijke bepaling realiseerbaar is. Ook is denkbaar dat cliënten die gebruik maken van woonzorgcombinaties zich verplicht inschrijven bij de sociale woningbouw, om de kans op een betaalbare woning te vergroten.

Investeer in zorg in natura

Uit de resultaten van dit onderzoek komt naar voren dat de signalen bij beschermd en begeleid wonen vaak over pgb-gefinancierde zorg gaan.

Eerder in dit hoofdstuk is reeds stilgestaan bij de vraag of cliënten die geen eigen regie kunnen voeren een pgb zouden moeten krijgen. Daarnaast speelt ook de vraag of aanbieders van pgb-gefinancierde zorg wel voldoende deskundigheid hebben om de gespecialiseerde zorg te kunnen leveren die de doelgroep van beschermd/begeleid wonen nodig heeft. Dit geldt zeker in de huidige situatie waarin er onvoldoende kwaliteitswaarborgen voor deze zorg bestaan.

Naast het investeren in het betere kwaliteitswaarborgen voor pgb-gefinancierde zorg, verdient het daarom ook aanbeveling om te investeren in het aanbod van zorg in natura. Hierbij is de vraag relevant wat de reden is dat cliënten hun indicatie voor beschermd/begeleid wonen door middel van een pgb willen verzilveren. Eerder in dit rapport is reeds genoemd dat cliënten op verschillende manieren door sommige aanbieders van pgb-gefinancierde zorg worden 'geworven' en verleid om bij hen in zorg te komen. Maar daarnaast kan ook (gebrek aan) geschiktheid en beschikbaarheid van het ZiN aanbod een rol spelen.

Zo zoeken sommige cliënten zorg die geleverd wordt door iemand uit hun eigen cultuur, bij wie sprake is van gedeelde normen, waarden en taal. Deze zorg is



niet altijd in natura beschikbaar. Ook is de beschikbaarheid van ZiN en voldoende personeel voor de complexe doelgroep van beschermd en begeleid wonen in zijn algemeenheid een probleem. Het zou daarom goed zijn om de mogelijkheden te verkennen om ZiN beter te laten aansluiten op de wensen van verschillende typen cliënten, en te onderzoeken hoe het aanbod voor deze groep in zijn algemeenheid kan worden vergroot. De beschikbaarheid van voldoende en passende ZiN voor beschermd en begeleid wonen is een belangrijk middel om onnodige verstrekking van pgb's te voorkomen.

Afkortingen en begrippen

- Beschermd wonen: Beschermd wonen is wonen in een accommodatie van een instelling met het daarbij behorende toezicht en begeleiding, gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie, het psychisch en psychosociaal functioneren, stabilisatie van een psychiatrisch ziektebeeld, het voorkomen van verwaarlozing of maatschappelijke overlast of het afwenden van gevaar voor de cliënt of anderen, bestemd voor personen met psychische of psychosociale problemen, die niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving.
- Begeleid wonen: In dit rapport bedoelen we met 'begeleid wonen', wonen in combinatie met zorg voor cliënten met een Wlz-indicatie in verband met een verstandelijke beperking.
- Centrumgemeente: Gemeenten die een regierol hebben voor de taken maatschappelijke opvang en beschermd wonen.
- CIZ: Centrum Indicatiestelling Zorg
- Concessiehouder: Zorgverzekeraar die is aangewezen om voor een aantal regio's de rol van zorgkantoor te vervullen
- FIOD: Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst
- Fraude: Doelbewust in strijd met de regels handelen met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin.
- Gewaarborgde hulp: Een gewaarborgde hulp is een persoon die ervoor zorgt dat aan de verplichtingen wordt voldaan die horen bij het pgb, indien een budgethouder dit zelf niet kan.
- IGJ: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd
- IKZ: Informatie Knooppunt Zorgfraude
- Inspectie SZW: Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid
- Maandloon: Cliënten met een pgb hebben de mogelijkheid om hun zorgverlener door de SVB te laten uitbetalen door middel van een vast maandloon. Er hoeven dan geen urenverantwoordingen of facturen te worden ingediend.
- NZa: Nederlandse Zorgautoriteit
- Onrechtmatigheden: Handelingen die in strijd zijn met wet- of regelgeving
- Pgb: persoonsgebonden budget
- Regiogemeenten: Gemeenten niet zijnde centrumgemeenten
- SVB: Sociale Verzekeringsbank
- VG03, VG06, etc: Binnen de Wlz wordt de behoefte aan zorg en begeleiding uitgedrukt in een zorgprofiel. Voor cliënten met een verstandelijke beperking zijn de zorgprofielen VG03 t/m VG08 beschikbaar.
- VNG: Vereniging van Nederlandse Gemeenten
- Wlz: Wet langdurige zorg
- Wmo: Wet maatschappelijke ondersteuning
- ZiN: Zorg in Natura
- Zorgkantoor: Zelfstandige uitvoerders van de Wlz die gelieerd zijn aan de grootste zorgverzekeraars in de regio
- Zorgverwaarlozing: Er is sprake van zorgverwaarlozing als er een kwantitatief tekort is aan geleverde zorg en/of een kwalitatief tekort aan geleverde zorg. Bij een kwantitatief zorgtekort ontvangt de cliënt in frequentie/duur/intensiteit minder zorg dan is overeengekomen en voor de cliënt nodig is. Bij een kwalitatief tekort aan geleverde zorg wordt er zorg verleend die niet van goede of van voldoende kwaliteit is.
- ZN: Zorgverzekeraars Nederland



