

Risico's op regelovertreding bij kleine instellingen

Eindrapport
December 2020



Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
1.1	Achtergrond	3
1.2	Doel van het onderzoek	3
1.3	Onderzoeksvragen	3
1.4	Onderzoeksopzet	4
2.	Risico's op regelovertreding	5
2.1	Selectie zorgsoorten	5
2.2	Verhouding solisten, kleine en grote zorgaanbieders	6
2.3	(Fraude) Signalen bij zorgverzekeraars	8
2.4	(Fraude) Signalen bij het IKZ	9
2.5	Ervaringen van geïnterviewden	10
2.6	Conclusie	11
3.	Toelating tot zorgverlening: wet- en regelgeving en contractering	12
3.1	Een nieuwe zorginstelling beginnen	12
3.2	Wetgeving	12
3.3	Gecontracteerde zorg	13
3.4	Ongecontracteerde zorg	14
3.5	Overzicht van toetredingsdrempels	15
3.6	Mogelijke relatie tussen toetredingsdrempels en regelovertreding	15
4.	Objectieve indicatoren	17
4.1	Objectieve indicatoren omtrent de bestuurder en/of eigenaar	17
4.2	Objectieve indicatoren omtrent leden van de leiding of interne toezichthouder	17
4.3	Overige objectieve indicatoren	18
4.4	Tot slot	19
5.	Conclusie	20
5.1	Risico's per deelsector	20
5.2	Toetredingsdrempels	20
5.3	Objectieve indicatoren	21
5.4	Concluderende opmerkingen	21
	Bijlagen	22
	Bijlage A – SBI/AGB-codes deelsectoren	22
	Bijlage B – Begrippenkader geselecteerde zorgsoorten	23



1. Inleiding

Het Informatie Knooppunt Zorgfraude (IKZ) bestaat sinds 1 november 2016 en heeft tot taak om de integriteit van de zorgsector te versterken. Doel van het IKZ is het verstevigen van de informatiepositie van de partners¹, zodat zorgfraude effectiever kan worden aangepakt. Het IKZ kijkt daarbij niet alleen naar individuele zaken, maar voert ook statistisch- en beleidsonderzoek uit rondom het thema fraude in de zorg.

Het ministerie van VWS heeft het IKZ verzocht om onderzoek uit te voeren naar risico's op regelovertreding door kleine instellingen, met het oog op mogelijke toekomstige uitbreiding van de vergunningsplicht. Dit inleidende hoofdstuk gaat in op de achtergrond, de onderzoeksvragen en de opzet.

1.1 Achtergrond

Per 1 juli 2021 gaat de Wet toetreding zorgaanbieders (Wtza) in. Deze wet bevat een meldplicht voor alle (nieuwe) zorgaanbieders als bedoeld in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz). Naast de meldplicht introduceert de Wtza een vergunningsplicht voor instellingen die:

- medisch specialistische zorg verlenen of doen verlenen of;
- zorg of een andere dienst verlenen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz) of de Zorgverzekeringswet (Zvw) met meer dan 10 zorgverleners.

Bij amendement is bepaald dat de vergunningsplicht vanuit de Wtza in bepaalde sectoren, indien daar aanleiding toe is, kan worden uitgebreid naar instellingen met maximaal tien zorgverleners. De wet is niet van toepassing op zorgaanbieders die alleen zorg leveren vanuit de Wmo en/of de jeugdwet.

¹ De partners van het IKZ zijn de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA), de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), de Belastingdienst, de Inspectie SZW (iSZW), de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD), het Openbaar Ministerie (OM/FP), en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

1.2 Doel van het onderzoek

Om te bezien of de vergunningsplicht in bepaalde sectoren zou moeten worden uitgebreid naar instellingen met maximaal tien zorgverleners, heeft het ministerie van VWS het IKZ gevraagd onderzoek te doen naar risico's voor kwaliteit en rechtmatigheid bij kleinere instellingen. Specifiek gaat het hierbij om risico's op onrechtmatig declareren (artikel 35 Wmg²) en/of risico's op overtreding van regels voor goede zorg (artikelen 3/7/9 Wkkgz³).

1.3 Onderzoeksvragen

In overleg met VWS zijn de onderzoeksvragen als volgt gedefinieerd:

Risico's per deelsector – fraudesignalen

1. In welke (deel)sectoren zijn de risico's op overtreding van regels voor kwaliteit en rechtmatig declareren het grootst?
2. Hoe groot is binnen deze sectoren het aandeel van instellingen met maximaal tien zorgverleners?
3. Hoe groot is binnen de groep aanbieders in deze sectoren waarover signalen van regelovertrading zijn ontvangen, het aandeel van instellingen met maximaal tien zorgverleners?

Toetredingsdrempels

4. Welke toetredingsdrempels zijn er in de sectoren met de grootste risico's op overtreding van regels voor kwaliteit en rechtmatig declareren?
5. Hoe verhouden die toetredingsdrempels zich tot de overige sectoren?
6. Is een verband te veronderstellen tussen toetredingsdrempels en risico's op regelovertrading?

Objectieve indicatoren

7. Zijn er objectieve indicatoren aan de hand waarvan kan worden vastgesteld dat er risico's zijn op overtreding van regels voor kwaliteit en rechtmatig declareren?

² <https://wetten.overheid.nl/BWBR0020078/2020-03-19#Hoofdstuk4>

³ <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037173/2020-01-01#Hoofdstuk2>



1.4 Onderzoeksopzet

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden zijn de volgende stappen doorlopen:

1. Selectie van zorgsoorten/deelsectoren met de grootste risico's op regelovertreding
2. Bepalen van het aandeel kleine/grote instellingen binnen de geselecteerde sectoren
3. Bepalen van het aandeel kleine/grote instellingen binnen de signalen.
4. Analyse van toetredingsdrempels
5. Exploreren van mogelijke objectieve indicatoren
6. Analyse en rapportage

De eerste stap had tot doel om zorgsoorten te selecteren met de grootste risico's op regelovertreding. Op deze sectoren lag in het vervolg van het onderzoek de focus. Deze selectie is gedaan aan de hand van de signalen van vermoedens van zorgfraude die bekend zijn bij het IKZ, en vragenlijsten ingevuld door een aantal IKZ-partners (SVB, OM, NZa, iSZW, ZN).

In de tweede stap zijn op basis van registratiegegevens van het IKZ, gegevens van twee zorgverzekeraars en het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa), de verhoudingen kleine ten opzichte van grote zorgaanbieders in het algemeen en op basis van fraudesignalen beschreven. Hierbij is onder andere gebruik gemaakt van gegevens uit de Kamer van Koophandel (KvK) over aantal medewerkers.

De toetredingsdrempels zijn onderzocht op basis van deskresearch waarbij onder andere is gekeken naar wettelijke regelgeving en inkoopdocumenten voor gecontracteerde zorg bij zorgverzekeraars. Vervolgens zijn (semigestructureerde) interviews gevoerd met drie zorgverzekeraars, de NZa, de Belastingdienst, de IGJ, de iSZW en het OM, waarbij naast toetredingsdrempels ook objectieve risico-indicatoren voor regelovertreding omtrent regels van kwaliteit of rechtmatig declareren zijn besproken. Om vooraf een indruk te krijgen van mogelijk bruikbare indicatoren heeft IKZ eerst een lijst met mogelijke risico-indicatoren opgesteld aan de hand van ervaringen uit casuïstiek en eerder onderzoek van het IKZ en onze partners. Het uitgangspunt hierbij was dat het om indicatoren moest gaan die objectief te bepalen zijn en al voordat de zorgverlening start uitgevraagd kunnen worden.

Vooraf is een vragenlijst opgesteld op basis van de thema's die behandeld werden tijdens het interview. Van de interviews zijn gespreksverslagen gemaakt, die naar de desbetreffende respondenten zijn gestuurd ter controle en voor eventuele aanvullingen.



2. Risico's op regelovertreding

In dit hoofdstuk staat de vraag centraal of er verschillen zijn in risico's op regelovertreding tussen kleine en grote instellingen. Hierbij is gekeken naar een selectie van sectoren waar de grootste risico's worden gezien. In deze sectoren wordt ingegaan op de verhouding tussen solisten, kleine zorgaanbieders en grote zorgaanbieders (>10 medewerkers) in de populatie, op basis van data aangeleverd door het Landelijk Register Zorgaanbieders (LRZa). Daarnaast wordt op basis van fraudesignalen van zorgverzekeraars en het IKZ gekeken naar het aandeel kleine ten opzichte van grote zorgaanbieders binnen deze signalen.

2.1 Selectie zorgsoorten

Om te komen tot een selectie van zorgsoorten met de grootste risico's op regelovertreding zijn twee sporen gevolgd: een uitvraag onder de partners van het IKZ en een analyse van signalen die in de periode 2018-2019 in IKZ verband zijn gedeeld.

In juli 2020 hebben de IKZ-partners een korte vragenlijst ingevuld over zorgsectoren waar de partners de grootste risico's zien op regelovertreding. Per zorgsector, waarbij zorg wordt verleend vanuit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Zvw (Zorgverzekeringswet), werd uitgevraagd of het risico op regelovertreding gezien wordt als zeer groot; groot; niet klein, niet groot; klein of zeer klein. Bij drie zorgsoorten (wijkverpleging, ggz en mondzorg) werd (gemiddeld) een groot risico ingevuld. Zes overige sectoren (paramedische zorg, revalidatiezorg, begeleiding individueel, dagbesteding, farmacie en eerstelijns diagnostiek) kregen gemiddeld scores tussen niet klein, niet groot en groot, maar scoorden zeer verschillend onder de partners.

Vervolgens is er gekeken naar de hoeveelheid signalen die het IKZ heeft ontvangen over deze negen sectoren. Het IKZ ontving in de periode 2018-2019 de meeste signalen over de wijkverpleging (165), mondzorg (129) en ggz (107). Over begeleiding individueel (86), paramedische zorg (54) en dagbesteding (44) ontving het IKZ ook relatief veel signalen.

⁴ De zorgsoorten begeleiding individueel/dagbesteding kunnen betrekking hebben op zowel Wlz- als Wmo-zorg. Er is in dit onderzoek gekozen voor de term 'gehandicaptenzorg', ten eerste om de Wmo-zorg uit te sluiten (die is immers

Sectoren die door de partners wel als mogelijk risicovol worden benoemd maar waar minder signalen over zijn, zijn farmacie (20), revalidatiezorg (12) en eerstelijns diagnostiek (3).

In overleg met VWS is besloten alle sectoren waarbij een verhoogd risico wordt gezien door de partners, ofwel gemiddeld hoger hebben gescoord dan "niet klein, niet groot", mee te nemen in het onderzoek. Eerstelijns diagnostiek is niet meegenomen vanwege het beperkte aantal (fraude)signalen bij IKZ. Voor begeleiding individueel/dagbesteding is gekozen voor de term gehandicaptenzorg⁴ onderverdeeld naar intra- en extramuraal.

Samenvattend is in het onderzoek de focus gelegd bij de volgende sectoren:

- Wijkverpleging,
- ggz,
- mondzorg,
- farmacie,
- paramedische zorg,
- revalidatiezorg,
- gehandicaptenzorg extramuraal (begeleiding en dagbesteding), en
- gehandicaptenzorg intramuraal.

In het kader op de volgende pagina is een toelichting op de afbakening van deze begrippen gegeven, waarbij specifiek aandacht wordt gevraagd voor de extramuraal en intramuraal gehandicaptenzorg en de wijkverpleging.

geen onderwerp van dit onderzoek), en ten tweede omdat binnen de Wlz de meeste signalen gehandicaptenzorg betreffen (over de sector Verpleging en Verzorging ontvangt het IKZ minder signalen).



Interpretatie van de gebruikte begrippen voor zorgsectoren

Voor een goede duiding van de resultaten en conclusies van dit onderzoek is het van belang dat duidelijk is wat er wordt verstaan onder de gebruikte begrippen voor zorgsectoren. Bij de hierboven genoemde selectie van zorgsoorten is in eerste plaats uitgegaan van de afbakening van zorgsoorten zoals deze door de partners van IKZ in 2019 is vastgesteld in het 'Begrippenkader zorgsoorten' (zie bijlage 2). De afbakening van de begrippen begeleiding, dagbesteding, gehandicaptenzorg en wijkverpleging behoeven een nadere toelichting in relatie tot de resultaten van dit onderzoek.

Gehandicaptenzorg is, conform de afbakening in het begrippenkader dat het IKZ hanteert, in principe intramurale en/of geclusterde woonzorg. **Dagbesteding** en **begeleiding** daarentegen betreffen zorg die, conform het begrippenkader, wordt geboden aan cliënten die extramuraal wonen. Het is echter niet mogelijk om bij het verzamelen van cijfers voor dit onderzoek uit te gaan van exact deze afbakening. Zo hebben we ons voor de selectie van aanbieders op basis van data van de LRZa (zie paragraaf 2.2 en bijlage A) gebaseerd op SBI en AGB-codes. Deze selectie is een benadering van de door het IKZ gehanteerde afbakening van sectoren, maar zal niet exact overeen komen. Ook de zorgverzekeraars die gegevens hebben aangeleverd voor dit onderzoek hanteren niet exact dezelfde afbakeningscriteria. Zo gebruikt één zorgverzekeraar niet het begrip 'gehandicaptenzorg', maar maakt een onderscheid naar 'Wlz zorg in natura' enerzijds en 'Wlz-pgb' anderzijds. Onder beide zorgvormen kan ook andere zorg dan gehandicaptenzorg vallen. De ervaring is echter wel, zowel van het IKZ als van de zorgverzekeraars, dat binnen de categorie Wlz-pgb de meeste signalen over dagbesteding/begeleiding voor gehandicapten gaan.

Wijkverpleging kan, conform de afbakening in het begrippenkader dat het IKZ hanteert, zowel zorg vanuit de Zvw als vanuit de Wlz betreffen. Voor de selectie van deze zorg uit de LRZa-data is de SBI code voor 'Thuiszorg' gebruikt (zie ook bijlage 1). Niet bekend is echter vanuit welke wet (Zvw, Wlz of Wmo) deze zorg wordt geleverd. Voor de twee zorgverzekeraars die gegevens hebben aangeleverd voor dit onderzoek geldt dat onder wijkverpleging alleen zorg vanuit de Zvw wordt verstaan. Eén zorgverzekeraar schaaft verpleging in de thuissituatie vanuit de Wlz onder het begrip 'Wlz-pgb'. Bij deze verzekeraar zit verpleging thuis vanuit de Wlz dus in dezelfde categorie als de extramurale gehandicaptenzorg.

Het gevolg van bovenstaande is dat bij de cijfers die in dit rapport worden weergegeven, afhankelijk van de bron, enigszins andere afbakeningscriteria voor de zorgsectoren zijn gebruikt. In de conclusies geven we een nadere duiding van de frauderisico's in relatie tot specifieke kenmerken van de geselecteerde sectoren.

⁵ Standaard Bedrijfsindeling (SBI) codes worden door de Kamer van Koophandel (KvK) gehanteerd om bedrijven in sectoren in te delen. Algemene Gegevensbeheer (AGB) codes voor zorgaanbieders worden geregistreerd in een openbaar register dat wordt bijgehouden door Vektis.

2.2 Verhouding solisten, kleine en grote zorgaanbieders

Om zicht te krijgen op de verhouding tussen solisten, kleine en grote zorgaanbieders in de geselecteerde sectoren, is gebruik gemaakt van gegevens van de LRZa.

In overleg met de LRZa is besloten voor elk van de zeven gekozen sectoren een selectie te maken van relevante SBI codes, vanuit de KvK, en AGB-codes, vanuit Vektis, om een zo volledig mogelijk overzicht te geven van alle zorginstellingen die actief zijn in de specifieke zorgsectoren.⁵ Tevens is de selectie gemaakt op voorwaarde dat er een AGB-code is voor de zorginstelling.

Op basis van de specifieke SBI en AGB-codes (zie bijlage A) is per sector een uitdraai gemaakt van de bijbehorende bedrijven. Deze bedrijven zijn vervolgens ingedeeld in vier categorieën:

- **Solisten:** bedrijven *zonder* rechtspersoonlijkheid⁶ met 0 of 1 medewerker(s);
- **kleine zorgaanbieders:** bedrijven *met* rechtspersoonlijkheid met 0 of 1 medewerker(s), en bedrijven met 2 tot en met 10 medewerkers;
- **grote zorgaanbieders:** bedrijven met 11 of meer medewerkers;
- aantal medewerkers niet ingevuld.

De categorie 'aantal medewerkers niet ingevuld' is in dit onderzoek verder buiten beschouwing gelaten.

Beperkingen van de KvK data

In de KvK data wordt het aantal medewerkers genoteerd op het moment dat een bedrijf wordt opgericht. Op dat moment wordt ook de SBI-code bepaald. Mocht het bedrijf actief worden in een andere sector of meer personeel in dienst krijgen is het aan het bedrijf om dit aan te passen in het KvK handelsregister, hier wordt niet actief op aangestuurd.

⁶ <https://ondernemersplein.kvk.nl/overzicht-rechtsvormen/>



De KvK data kennen daarmee een aantal beperkingen voor de doeleinden van dit onderzoek:

- Niet het aantal zorgverleners maar het totaal aantal medewerkers is vermeld;
- Het aantal zorgverleners op basis van inhuur is niet bekend (maar dient volgens de Wtza wel te worden meegeteld om te bepalen of er sprake is van meer dan tien zorgverleners);
- Ook of een aanbieder in onderaanneming zorg verleent is niet bekend. (In dat geval tellen, conform de Wtza, de zorgverleners van de onderaannemer mee met de zorgverleners van de hoofdaannemer om te bepalen of sprake is van meer dan tien zorgverleners).
- Het vermelde aantal medewerkers is mogelijk niet actueel.

Ondanks deze beperkingen is toch gekozen het KvK handelsregister te gebruik als bron om de grootte van de instelling in te schatten. Optimale cijfers zijn namelijk niet voorhanden en andere databronnen kennen weer andere beperkingen. In het kader worden deze overwegingen nader toegelicht.

Aantal zorgverleners

Voor het bepalen van het aantal zorgverleners bij een zorgaanbieder is geen standaard database beschikbaar. Er zijn verschillende bronnen waar deze informatie gedeeltelijk voorhanden is, zoals de jaarverantwoording zorg (JMV), AGB, KvK en UWV. De meest voor de hand liggende bron is het Jaardocument Maatschappelijke verantwoording (JMV), waar jaarlijks door zorgaanbieders die de jaarverantwoording in dienen te vullen, ook het aantal personeel (incl. inhuur) wordt ingevuld. Daarnaast wordt er in het JMV ook gevraagd om een percentage cliëntgebonden personeel (ofwel het percentage personeel dat daadwerkelijk zorg verleent) door te geven. Echter alleen Wtzi-plichtige instellingen dienen het JMV in te vullen, wat een groot aantal zorgaanbieders buiten beschouwing laat.

Een andere mogelijkheid is de AGB-database waarin zorgverleners werkzaam bij een instelling worden geregistreerd, dit is echter ook onvolledig aangezien dit alleen zorgverleners met een eigen AGB-code betreft. Op basis van loonbelasting bij het UWV zouden ook aantal zorgverleners in dienst bepaald kunnen worden, deze informatie (zowel AGB als UWV) is echter niet openbaar toegankelijk en hadden wij derhalve niet voorhanden.

De meest complete en tevens toegankelijke bron is de Kamer van Koophandel (KvK). Hoewel gegevens soms onvolledig en gedateerd zijn en inhuur niet wordt meegenomen, is dit op basis van beschikbaarheid de meest aantrekkelijke bron.

Om toch een indruk te krijgen van het effect van ingehuurd personeel op de grootte van de instelling, hebben we aan de hand van de JMV-data voor enkele sectoren (ggz, gehandicaptenzorg en wijkverpleging (thuiszorg)) gekeken hoe vaak instellingen met 0 tot en met 10 medewerkers in vaste dienst, in de categorie instellingen met meer dan tien medewerkers terecht zouden komen, indien ingehuurd personeel meegenomen zou worden. Hier gaan we in de tekst onder tabel 1 nader op in.



Tabel 1: Overzicht solisten, kleine, en grote zorgaanbieders (>10 werknemers) per sector

Zorgsoort	Solisten (%)	Kleine zorgaanbieders (%)	Grote zorgaanbieders (%)
Wijkverpleging	80%	17%	3%
Mondzorg	21%	70%	9%
Ggz	93%	4%	3%
Farmacie	5%	60%	35%
Paramedische zorg	83%	16%	2%
Gehandicaptenzorg (extramuraal)	86%	12%	2%
Gehandicaptenzorg (intramuraal)	40%	53%	7%

Bron: LRZa/Kvk

Op basis van de KvK informatie blijkt dat in de sectoren wijkverpleging, ggz, paramedische zorg en extramurale gehandicaptenzorg, de meerderheid van de aanbieders solisten betreft. Voor alle sectoren (met uitzondering van farmacie) geldt dat het aandeel grote aanbieders klein is: minder dan 10%. Voor wijkverpleging, ggz, paramedische zorg en extramurale gehandicaptenzorg, is het aandeel grote instellingen zelfs maximaal 3%.

We concluderen dat het overgrote deel van de zorgaanbieders in de geselecteerde sectoren tien of minder werknemers in dienst heeft en dus buiten de vergunningsplicht zou vallen. Alleen in de sector farmacie valt een substantieel percentage van 35% in de categorie 'grote aanbieders'. Revalidatiezorg ontbreekt in de lijst, omdat daar op basis van de geselecteerde SBI en AGB-codes geen bedrijven werden gevonden.

Eerder is opgemerkt dat het aantal medewerkers volgens de KvK niet het (eventueel) ingehuurde personeel bevat. Mogelijk geven deze cijfers daardoor een overschatting van het aandeel kleine instellingen. Om te bezien in welke mate dit het geval kan zijn, is in de JMV-data voor de sectoren ggz, gehandicaptenzorg en wijkverpleging (thuiszorg) gekeken hoeveel bedrijven die 0 tot en met 10 medewerkers in vaste dienst hebben, in de categorie

⁷ Hierbij is alleen een onderscheid gemaakt tussen aanbieders met maximaal tien medewerkers enerzijds, en meer dan tien medewerkers anderzijds. Eventuele signalen over solisten zijn meegeteld in de categorie 'kleine zorgaanbieders'.

instellingen met meer dan tien medewerkers terecht zouden komen, indien ingehuurd personeel meegeteld zou worden.

Bij wijkverpleging zien we dat 17% van de kleine zorgaanbieders, dan terecht komt in de categorie 'grote aanbieders'. Bij de ggz is dit 24% en bij gehandicaptenzorg 5%. Als we deze percentages zouden toepassen op tabel 1, zou in de wijkverpleging de verhouding tussen solisten, kleine en grote zorgaanbieders uitkomen op 80/14/6, in de ggz op 93/3/4, in de gehandicaptenzorg extramuraal op 86/11/3 en intramuraal op 40/50/9. Dus, ook als we de inhuur meenemen, valt naar verwachting slechts een klein aandeel van de zorgaanbieders in deze sectoren in de categorie groot (meer dan 10 zorgverleners in dienst).

2.3 (Fraude) Signalen bij zorgverzekeraars

De vorige paragraaf heeft een overzicht gegeven van de populatie solisten, kleine en grote zorgaanbieders in de geselecteerde zorgsectoren. In deze paragraaf gaan we in op het aandeel kleine ten opzichte van grote zorgaanbieders op basis van (fraude)signalen van zorgverzekeraars. Doel hiervan is te bezien in hoeverre fraudesignalen betrekking hebben op kleine of grote aanbieders.

Het IKZ heeft hiertoe gegevens ontvangen van twee zorgverzekeraars. Aan deze zorgverzekeraars was gevraagd naar het aantal signalen in 2019, per sector, verdeeld naar kleine en grote zorgaanbieders. Ook is gevraagd zo mogelijk aan te geven in hoeverre de signalen ongecontracteerde zorg betreffen, omdat dit als relevante aanvullende informatie wordt beschouwd.

Zorgverzekeraar 1 was niet in staat om een uitsplitsing te maken naar kleine en grote aanbieders. Deze zorgverzekeraar heeft alle meldingen (vermoedens van onrechtmatigheden) over 2019, in de betreffende sectoren, meegenomen.

Zorgverzekeraar 2 heeft wel een onderscheid gemaakt tussen kleine en grote zorgaanbieders⁷. Deze zorgverzekeraar heeft uitsluitend signalen meegenomen die bij de afdeling Veiligheidszaken terecht zijn gekomen. Dit betekent dat alle meldingen die deze



zorgverzekeraar doorkrijgt over mogelijke fraude al voorgeselecteerd zijn en de meldingen die niet over mogelijke fraude gaan er al zijn uitgefilterd.

Tabel 2: overzicht signalen in 2019 van twee zorgverzekeraars

Zorgsoort	Totaal aantal meldingen verzekeraar 1	Totaal aantal meldingen verzekeraar 2	Aandeel klein (<= 10 zorgverleners)*	Aandeel niet-gecontracteerd *
Wijkverpleging	132	50	96%	96%
Mondzorg	18	10	80%	100%
Ggz	28	9	89%	100%
Farmacie	3	0	-	-
Paramedische zorg	23	11	91%	100%
Revalidatiezorg	5	1	0%	100%
Wlz pgb / gehandicaptenzorg extramuraal**	312	3	100%	100%
Wlz Zin/ gehandicaptenzorg intramuraal**	5	2	100%	50%

*Gebaseerd op het aantal signalen van zorgverzekeraar 2. AGB-codes zijn gebruikt om een overzicht te maken van het aantal zorgverleners die werkzaam zijn bij een aanbieder. Het totaal aantal AGB-codes gekoppeld aan de onderneming is geteld, waarbij de zorgverleners met de volgende rollen zijn meegeteld (Eigenaar, waarnemer, In loondienst bij, Als ZZp Werkzaam bij, gedetacheerd en vrijgevestigd (MTO getekend).

**Zorgverzekeraar 1 maakt een onderscheid tussen Wlz-rgb enerzijds en Wlz-Zin anderzijds, zorgverzekeraar 2 onderscheidt gehandicaptenzorg intramuraal en extramuraal.

Beide zorgverzekeraars ontvangen veel signalen over wijkverpleging (respectievelijk 132 en 50). Hoewel zorgverzekeraar 1 de cijfers niet heeft uitgesplitst naar (on)gecontracteerde zorg, geeft deze aan dat het vermoedelijk bij wijkverpleging in 90% van de gevallen gaat om ongecontracteerde zorg. Daarbij rapporteert deze verzekeraar 312 signalen over pgb-gefinancierde (en dus ook ongecontracteerde) Wlz-zorg. Volgens deze zorgverzekeraar betreffen de meldingen over farmacie en paramedische zorg veelal gecontracteerde zorg. Bij zorgverzekeraar 2 valt op dat de overgrote meerderheid van de signalen over kleine zorgaanbieders (80-100%) en ongecontracteerde zorg gaat. Uitzondering hierop vormt de revalidatiezorg, dit betreft echter maar één signaal.

2.4 (Fraude) Signalen bij het IKZ

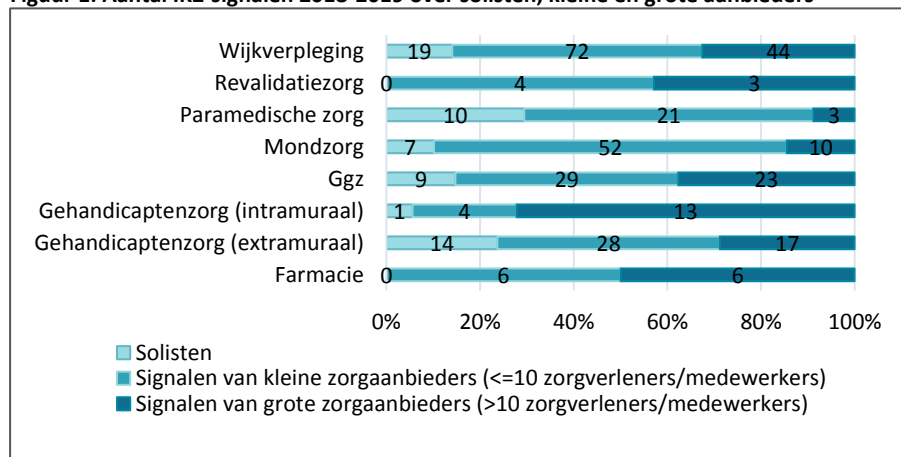
Signalen die het IKZ in de periode 2018-2019 heeft ontvangen in de geselecteerde sectoren zijn gelinkt aan aantallen personeel en/of zorgverleners om te bepalen wat het aandeel solisten en kleine zorgaanbieders in de signalen is. De signalen zijn verrijkt met gegevens van de KvK en de JMV-data (zie kader). Signalen waar het KvK nummer ontbrak of waarbij het aantal medewerkers niet was ingevuld in de KvK, zijn buiten beschouwing gelaten.

Aantal zorgverleners bij IKZ signalen

Voor het bepalen van het aantal zorgverleners bij aanbieders waar het IKZ-signalen van vermoedens van fraude over heeft ontvangen, is in eerste instantie uitgegaan van het totaal aantal personeel op basis van JMV-data, vermenigvuldigd met het percentage cliënt gebonden personeel volgens de JMV-data. Indien het aandeel cliënt gebonden personeel in de data ontbreekt, is het totale aantal personeel uit de JMV aangehouden. Indien er geen informatie beschikbaar was vanuit de JMV is KvK data aangehouden.



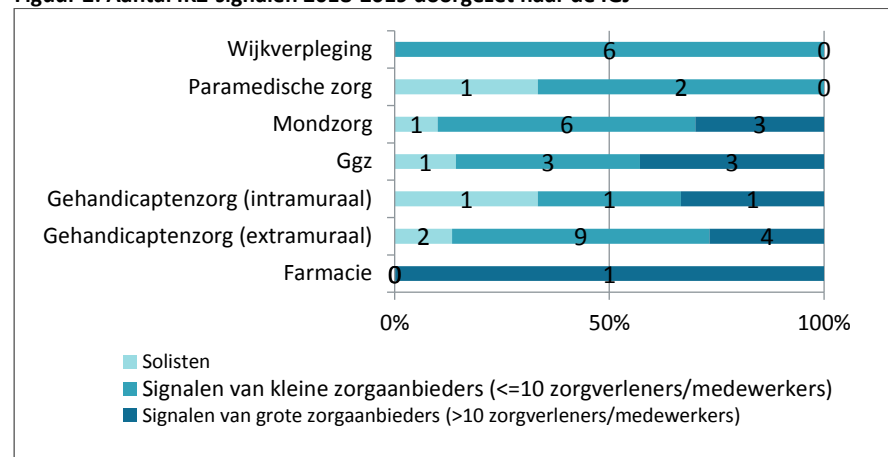
Figuur 1: Aantal IKZ-signalen 2018-2019 over solisten, kleine en grote aanbieders



Zoals eerder besproken ontving het IKZ in de periode 2018-2019 de meeste signalen over de wijkverpleging, mondzorg en ggz (zie paragraaf 2.1). In deze sectoren zien we dat de meeste signalen over kleine zorgaanbieders gaan. Ook in de paramedische zorg en gehandicaptenzorg (extramuraal) gaat een ruime meerderheid van de signalen over kleine zorgaanbieders.

Zoals in hoofdstuk 1 van dit rapport is beschreven, ligt de focus van het onderzoek op risico's op onrechtmatig declareren en risico's op overtreding van regels voor goede zorg. Binnen signalen die terecht komen bij het IKZ en bij zorgverzekeraars ligt de focus op onrechtmatig declareren. Om specifiek zicht te kunnen op overtreding van regels voor goede zorg, hebben we signalen die vanuit het IKZ zijn doorgezet naar de IGJ voor dit onderzoek nog nader uitgelicht. Bij deze signalen is het aannemelijk dat er vermoedens zijn van overtreding van regels omtrent goede zorg.

Figuur 2: Aantal IKZ-signalen 2018-2019 doorgezet naar de IGJ



De zorgsectoren waar de meeste signalen over zijn doorgezet naar de IGJ zijn gehandicaptenzorg (extramuraal), mondzorg, ggz en wijkverpleging. Bij wijkverpleging zien we dat deze signalen uitsluitend kleine zorgaanbieders betreffen. Ook bij mondzorg en extramuraal gehandicaptenzorg gaat het vooral om kleine zorgaanbieders.

2.5 Ervaringen van geïnterviewden

In de interviews is er gevraagd in hoeverre de partners verschillen in risico's op regelovertreding tussen grote en kleine zorgaanbieders ervaren en zo ja, of dat verschil geduid kan worden. Partners geven hierbij allemaal aan dat dit lastig met daadwerkelijke cijfers te onderbouwen is. Dat heeft voor een deel te maken met het feit dat vanwege prioritering in fraudeonderzoek de nadruk zal liggen op grotere aanbieders. Toch is over het algemeen de consensus dat er meer "rotte appels" onder de kleine zorgaanbieders zitten. Juist de kleine instellingen blijven, zo wordt vermoed, bewust onder de radar, zodat overtreding van regels minder snel wordt opgemerkt. De zorgverzekeraars geven aan dat een goede risicoanalyse pas uitgevoerd kan worden als een zorgaanbieder aan 30 of meer verzekerden zorg biedt en veel kleine aanbieders zouden bewust onder deze grenzen blijven. Ook wordt aangegeven dat de indruk bestaat dat kleinere organisaties soms worden

opgericht met het doel om te frauderen, om dan vervolgens de organisatie failliet te laten gaan.

Hoewel een verschil in risico's op regelovertreding tussen kleine en grote zorgaanbieders moeilijk met cijfers te staven is, is dit wel het geval voor het verschil tussen gecontracteerde en ongecontracteerde zorg bij zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars ontvangen duidelijk meer signalen over ongecontracteerde zorg, wat met name speelt in de wijkverpleging en de extramurale/pgb-gefinancierde gehandicaptenzorg. In het volgende hoofdstuk wordt hier uitgebreider op ingegaan.

2.6 Conclusie

Op basis van de onderzochte data concluderen we dat zowel bij het IKZ als bij de zorgverzekeraars, over de periode 2018-2019 de meeste signalen zijn ontvangen over de wijkverpleging, de ggz en de gehandicaptenzorg. Ook ontvangen het IKZ en de zorgverzekeraars veel signalen over mondzorg en paramedische zorg.

Of binnen deze (fraude)signalen kleine zorgaanbieders oververtegenwoordigd zijn ten opzichte van grote zorgaanbieders, is op basis van de beschikbare data over het aantal zorgverleners niet eenduidig te concluderen. Zowel bij de signalen van het IKZ als bij de signalen van de zorgverzekeraar (die informatie over grootte van de instelling heeft aangeleverd) is het aandeel kleine instellingen in de meeste sectoren duidelijk groter dan het aandeel grote instellingen. Er ontbreekt echter geregeld betrouwbare data over de grootte van de instelling. Daarbij komt dat prioritering bij het oppakken van signalen leidt tot een bias richting de grotere instellingen. Het rendement bij het oppakken van een fraudesignaal van een grote instelling is immers naar verwachting groter dan dat bij een kleine instelling. We kunnen daarom de verhouding kleine/grote instellingen *binnen de fraudesignalen* (tabel 2 en figuur 1 en 2), niet zomaar vergelijken met de verhouding kleine/grote instellingen *binnen de populatie* (tabel 1).

Het bleek aan de hand van deze data dan ook niet mogelijk om eenduidige conclusies te trekken over de relatie tussen de grootte van een instelling en risico's met betrekking tot kwaliteit en rechtmatigheid.

Wel is duidelijk dat:

- de geselecteerde sectoren voor de overgrote meerderheid bestaan uit solisten en kleine zorgaanbieders, en
- dat de (ruime) meerderheid van de fraudesignalen in deze sectoren kleine instellingen betreft.

Voor de vergunningsplicht betekent dit dat indien deze zich beperkt tot grote instellingen, de meerderheid van zowel het totaal aantal instellingen als de meerderheid van instellingen waarover fraudemeldingen worden gedaan, niet vergunningsplichtig is.

Ook kan geconcludeerd worden dat het overgrote deel van de signalen bij zorgverzekeraars niet-gecontracteerde zorg betreft. De sectoren waarin dit met name speelt zijn de wijkverpleging en de extramurale/pgb-gefinancierde gehandicaptenzorg, de sectoren waar ook veel signalen over worden ontvangen.

3. Toelating tot zorgverlening: wet- en regelgeving en contractering

In dit hoofdstuk beschrijven we welke drempels er zijn om zorg te kunnen verlenen in de verschillende deelsectoren. Zo wordt ingegaan op de wet- en regelgeving waar een (nieuwe) zorgaanbieder moet voldoen. De verschillende stappen om toegelaten te worden tot de zorgmarkt worden beschreven. Ook gaan we in op aanvullende eisen die zorgverzekeraars stellen voor contractering van aanbieders in de specifieke zorgsectoren. Deze eisen beschouwen we, in ieder geval voor gecontracteerde zorg, als aanvullende toetredingsdrempel. Op basis van de beschreven toetredingsdrempels en de interviews met partners wordt er vervolgens gekeken of er een relatie te veronderstellen is tussen de toetredingsdrempels en risico's op regelovertreiding.

3.1 Een nieuwe zorginstelling beginnen

Allereerst heeft een beginnende zorgaanbieder een inschrijving nodig bij de Kamer van Koophandel (KvK). Voor een inschrijving in de KvK is een Burger Service Nummer (BSN) nodig. De inschrijving in de KvK is nodig om een AGB-code voor de onderneming aan te vragen. Deze AGB-code is noodzakelijk voor alle (formele) zorgaanbieders om zorg te kunnen declareren. Voor het aanvragen van een AGB-code voor een onderneming is vaak een Wtzi toelating nodig (zie paragraaf 3.2).

Om als individuele zorgverlener zorg te kunnen declareren is een persoonlijke AGB-code nodig. Om een persoonlijke AGB-code te verkrijgen hebben apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, *physician assistants*, psychotherapeuten, tandartsen, verpleegkundigen en verloskundigen (de zogenaamde 'artikel 3' beroepen') een registratie nodig op grond van de Wet Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG). Deze BIG-registratie kan via het CIBG aangevraagd worden op basis van vakdiploma's. Zorgverleners die niet onder artikel 3 van de wet BIG vallen dienen vaak, om een persoonlijke AGB-code te verkrijgen, geregistreerd te zijn in een (kwaliteits)register van een betreffende branche- of beroepsorganisatie of een specifiek diploma te kunnen overleggen.⁸ Het is dus niet voor alle beroepen noodzakelijk een BIG registratie te hebben

⁸ https://www.agbcode.nl/Bestanden/PDF/AGB_beheer_en_onderhoud.pdf

om zorg te kunnen declareren. Daarbij geldt voor zorgverleners die geen persoonlijke AGB-code (nodig) hebben, en bijvoorbeeld werkzaam zijn in de wijkverpleging, sommige vormen van paramedische zorg of gehandicaptenzorg, dat er geen wettelijke opleidingseisen zijn.

3.2 Wetgeving

Wet Toelating Zorginstellingen (Wtzi)

Als een zorgaanbieder Zwv- of Wlz-zorg wil leveren, moet er een Wtzi toelating worden afgegeven door het ministerie van VWS. Om als zorgaanbieder te worden toegelaten, worden er verschillende eisen gesteld. Allereerst met betrekking tot de structuur, er dient een onafhankelijk toezichthoudend orgaan te zijn en de financiële administratie dient vastgelegd te worden. Zo wordt er ook verplicht gesteld dat Wtzi instellingen jaarlijks verantwoording afleggen over de manier waarop het geld uit de Wlz en Zwv wordt besteed.

Een Wtzi-toelating hoeft niet te worden afgegeven als:

- Er maar één persoon zorg verleent bij de aanbieder;
- zorgaanbieders alleen vanuit een pgb worden betaald;
- zorgaanbieders alleen als onderaannemer zorg verlenen;
- zorgaanbieders vanuit de Jeugdwet of Wmo zorg verlenen;
- de zorgvorm valt onder de volgende sectoren: huisartsenzorg; verloskundige zorg; kraamzorg; mondzorg; paramedische zorg; het verstrekken van hulpmiddelen; het verlenen van farmaceutische zorg; ziekenvervoer; erfelijkheidadviesing; behandeling van gedragswetenschappelijke aard in verband met een psychiatrische aandoening.

Een Wtzi-toelating is niet nodig voor mondzorg en paramedische zorg. Ook gehandicaptenzorg kan er buiten vallen indien er alleen pgb-zorg wordt verleend. Ook hoeven kleine aanbieders, waarbij maar één persoon zorg verleent, in geen enkele sector een Wtzi-toelating te hebben.

Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)

De Wkkgz geldt voor alle zorgaanbieders, zowel voor instellingen als zelfstandigen, behalve voor aanbieders die alleen zorg vanuit de Wmo en/of de Jeugdwet leveren. In deze wet is vastgelegd dat aanbieders goede zorg moeten verlenen. Voor alternatieve zorgaanbieders

geldt de verplichting dat de verleende zorg niet mag leiden tot schade of aanmerkelijke schade voor de gezondheid van de cliënt. Daarnaast is vastgelegd dat de zorgaanbieder zich moet vergewissen van het functioneren van zijn zorgverleners in het verleden. Voor nieuwe medewerkers in de Wlz zorg en intramurale ggz geldt de VOG (Verklaring Omtrent Gedrag) verplichting. Voor de zorgverleners die zorg verlenen aan cliënten en andere personen die beroepsmatig met cliënten in contact komen binnen de Wlz en de intramurale ggz geldt dat er een VOG moet worden afgegeven die niet ouder is dan drie maanden voor de indiensttreding bij de zorgaanbieder. Ook heeft de zorgaanbieder een meldplicht bij de IGJ. Als er calamiteiten zijn of geweld in de zorgrelatie, of ontslag van een voor hem werkzame zorgverlener wegens ernstig disfunctioneren, dient dit gemeld te worden bij de IGJ.

Vanuit de Wkkgz worden er dus extra verplichtingen opgelegd met betrekking tot een VOG-verklaring in de Wlz zorg en intramurale ggz. Deze VOG-verplichting geldt niet voor de wijkverpleging, mondzorg, farmacie, paramedische zorg, revalidatiezorg en gehandicaptenzorg, tenzij het zorg vanuit de Wlz betreft.

3.3 Gecontracteerde zorg

Naast de bovengenoemde wettelijke eisen worden er aanvullende eisen gesteld door zorgverzekeraars en zorgkantoren aan zorgaanbieders om in aanmerking te komen voor een contract. Zo worden er vaak uitsluitingsgronden voor gecontracteerde zorg gehanteerd, zoals bij veroordelingen van zorgaanbieders omtrent deelname aan criminele organisaties, omkoping, fraude of witwassen. Tevens worden zorgaanbieders die in het verleden problemen hebben gehad met belasting en/of betaling van sociale zekerheidspremies uitgesloten. Daarnaast wordt ook uitgevraagd of zorgaanbieders momenteel in staat van faillissement of liquidatie verkeren.

In de onderstaande alinea's gaan we in op voorwaarden voor contractering die zorgverzekeraars veelal hanteren voor de uitgelichte zorgsectoren.

Wijkverpleging

In het Hoofdlijnenakkoord Wijkverpleging 2019-2022, wordt gesproken over contractering als het vehikel om afspraken te maken over doelmatigheid, kwaliteit, innovatie en organiserend vermogen en de juiste zorg op de juiste plek. Deelnemende partijen aan het akkoord vinden de groei van niet-gecontracteerde zorg in de wijkverpleging onwenselijk.

Vanuit het inkoopbeleid van verschillende verzekeraars komen de volgende aanvullende eisen voor wijkverpleging naar voren. Contracten worden alleen afgesloten als:

- Er een erkend kwaliteitssysteem is met specifieke aandacht voor het doorlopen van de kwaliteitscyclus (plan do check act);
- de normen voor indicatie en organisatie van V&VN (de beroepsvereniging voor verplegenden en verzorgenden) worden toegepast;
- de wijkverpleegkundigen die niet onder artikel 3 van de wet BIG vallen (zie paragraaf 3.1), geregistreerd zijn als verpleegkundig specialist (artikel 14 wet BIG, hbo master);
- er een zorgclassificatie systeem is;
- een minimaal percentage van de zorgverleners van de zorgaanbieder ingeschreven is in het kwaliteitsregister V&V (deskundigheid en bijscholing).

Sommige zorgverzekeraars hanteren ook de voorwaarde dat aanbieders alleen gecontracteerd kunnen worden als er een samenwerkingsrelatie is met het sociaal domein binnen de gemeenten waar de zorgaanbieder actief is; en er een samenwerkingsrelatie is met andere aanbieders van verpleging en verzorging binnen de gebieden waar de zorgaanbieder actief is. Individuele zzp-ers worden niet gecontracteerd. Verder hebben sommige zorgverzekeraars als vereiste dat bij een wijziging van de juridische structuur, het bestuur of een overname, de zorgverzekeraar wordt geïnformeerd.

Voor nieuwe zorgaanbieders die een contract willen voor de zorgsector wijkverpleging worden soms additionele certificaten gevraagd, zoals een HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) certificaat of een ISO 9001 in de zorg (NEN-EN 15224) certificering. Kortom: voor gecontracteerde wijkverpleging worden er veel aanvullende eisen gesteld door zorgverzekeraars.

Ggz

Volgens het kwaliteitsstatuut ggz, moet er een regiebehandelaar, vaak WO geschoold, betrokken zijn bij de ggz. Het kwaliteitsstatuut ggz geeft de regiebehandelaar een centrale rol, deze is eerste aanspreekpunt voor de patiënt.

Daarbij zijn er voor ggz vanuit de zorgverzekeraars aanvullende eisen voor contractering. In de inkoopdocumenten van verzekeraars worden enkele aanvullende eisen genoemd. Deze eisen zijn:

- Werken volgens het kwaliteitsstatuut. In het kwaliteitsstatuut ggz wordt onder andere vastgelegd dat, indien er meerdere zorgverleners bij een behandelproces betrokken zijn de cliënt een regiebehandelaar heeft, die o.a. academisch geschoold is⁹;
- Een LVVP-/NIP-visitatie, ofwel de instelling moet een bezoek hebben gehad van de LVVP (de landelijke vereniging van vrijgevestigde psychologen en psychotherapeuten) of van de NIP (Nederlands instituut van psychologen) ter kwaliteitscontrole;
- Keurmerk Basis GGZ, ontwikkeld in samenspraak met belangenorganisaties in de ggz. Een externe partij toetst normen rondom het concretiseren van cliëntgerichtheid in de behandeling, samenwerken, de implementatie van innovaties, continue verbetering en transparantie over de werkwijze en ervaringen van cliënten.

Mondzorg

Voor Mondzorg zijn er vanuit de zorgverzekeraars minder aanvullende eisen. Buiten de standardeisen (Kvk inschrijving, Wtzi-toelating, inschrijving BIG-register, specifieke voltooide opleidingen, beroepsregisters), worden het uitvoeren van de Governancecode Zorg genoemd en een adequate verzekering voor beroepsaansprakelijkheid.

Farmacie (zorg door apothekers)

Aanvullend op de standardeisen (Kvk inschrijving, Wtzi-toelating, inschrijving BIG-register, specifieke voltooide opleidingen, beroepsregisters) wordt er door sommige zorgverzekeraars de eis gesteld dat de apotheek niet onder verscherpt toezicht is gezet door de IGJ en moet men geregistreerd zijn in het register van het IGJ. Daarnaast moeten apotheken voor sommige zorgverzekeraars 24/7 bereikbaarheid garanderen. Verder wordt er soms als eis gesteld dat er een x percentage preferentie compliance¹⁰ wordt gehanteerd en dient er minstens 3 fte in dienst te zijn.

Paramedische zorg

Voor paramedische zorg worden vaak dezelfde criteria gehanteerd als voor andere sectoren, waarvan de belangrijkste zijn: een specifieke BIG-registratie, de juiste AGB-code, inschrijving in een kwaliteitsregister en aansluiten bij de juiste beroepsvereniging. Sommige zorgverzekeraars vereisen voor contractering dat een praktijk in ieder geval vijf dagdelen

geopend is. Daarnaast handelen zorgverzekeraars voor fysiotherapeuten met een behandelindex, waarbij de efficiëntie en doelmatigheid van een praktijk geïndexeerd wordt op basis van het landelijke gemiddelde. Bij een aantal zorgverzekeraars is de hoogte van de behandelindex van belang voor de mogelijkheden tot contractering.

Revalidatiezorg

Geriatrische revalidatiezorg en eerstelijnsverblijf vallen bij de meeste zorgverzekeraars onder hetzelfde document voor zorginkoop. Voor Geriatrische revalidatiezorg geldt het volgende: Er moet een kaderarts geriatrische revalidatie aanwezig zijn als specialist ouderengeneeskunde, ook dient er 24/7 een verpleegkundige niveau 4/5 aanwezig te zijn. Daarnaast worden er eisen gesteld aan het volume van de revalidatiezorg om kwaliteit te garanderen. Ook mag de instelling niet onder verscherpt toezicht van de IGJ zijn gesteld in het afgelopen jaar.

Gehandicaptenzorg

Voor zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg waarmee het voorgaande contract afloopt, moet een bestuursverklaring geleverd worden, waarin onder andere wordt verklaard aan gestelde geschiktheidseisen te voldoen en dat er geen uitsluitingsgronden op hen van toepassing zijn. Voor nieuwe zorgaanbieders is het verplicht naast de bestuursverklaring ook een ondernemingsplan te overleggen. Sommige verzekeraars hanteren voor contractering van gehandicaptenzorg deskundigheidsnormen, waarin allerlei aanvullende eisen zijn vastgelegd, bijvoorbeeld voor toezicht maar ook voor het minimale niveau van personeel dat in elk team beschikbaar moet zijn.

3.4 Ongecontracteerde zorg

Niet alle zorgaanbieders kiezen ervoor om contracten voor zorgverlening af te sluiten en niet alle verzekerden kiezen er voor naar een gecontracteerde zorgaanbieder te gaan. Als een verzekerde een restitutiepolis heeft afgesloten, krijgt de verzekerde bij alle zorgverleners dezelfde zorg vergoed. Bij naturopolissen wordt zorgverlening door een niet gecontracteerde aanbieder niet volledig vergoed.

⁹ <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/GGZ+model+kwaliteitsstatuut+2020.pdf>

¹⁰ Dit is het percentage van de middelen die de apotheek uitgeeft volgens het preferentiebeleid van de zorgverzekeraar. Middels een preferentiebeleid geven zorgverzekeraars aan welk middel hun voorkeur heeft binnen een groep van gelijke medicijnen (middelen met dezelfde werkzame stof en dezelfde dosering).

Bekostiging van niet gecontracteerde zorg kan ook door middel van een pgb. Anders dan bij zorg in natura (gecontracteerde zorg) is er bij ongecontracteerde zorg/pgb-zorg geen relatie tussen zorgkantoor/zorgverzekeraar en zorgaanbieder, waardoor er geen kwaliteitseisen gesteld kunnen worden. Een zorgaanbieder die door een cliënt op basis van een pgb wordt betaald heeft alleen een verplichting tegen de budgethouder die hem inhuurt. De waarborging van zorgkwaliteit dient in het budgetplan te worden vastgelegd. In de praktijk blijken zich risico's op onvoldoende kwaliteit en onrechtmatigheden voor te doen bij pgb-zorg, in ieder geval in de sector gehandicaptenzorg (en ook in de Wmo), zo bleek uit eerder onderzoek van het IKZ naar fraude en zorgverwaarlozing bij beschermd en begeleid wonen. Ook uit de signalen van zorgverzekeraars die in het vorige hoofdstuk zijn gepresenteerd, blijkt een verhoogd risico op regelovertreding bij ongecontracteerde zorg.

3.5 Overzicht van toetredingsdrempels

Samenvattend, in de wet- en regelgeving worden de minimumeisen gesteld waaraan (beginnende) zorgaanbieders moeten voldoen. Voor sommige specifieke medische beroepen wordt een BIG-registratie geëist, voor andere specialismen een inschrijving in een kwaliteitsregister. Verder is voor sommige zorgverleners, bijvoorbeeld in de Wlz-zorg, een VOG wettelijk verplicht, maar niet in alle sectoren. Zorgaanbieders hebben een meldplicht voor calamiteiten en sommige dienen zich jaarlijks te verantwoorden door middel van een jaarverantwoording zorg.

Bij contractering, door ofwel een zorgkantoor of een zorgverzekeraar, worden aanvullende eisen gesteld op het gebied van o.a. kwaliteit, beroepsbekwaamheid en gekwalificeerd personeel. Sowieso worden zorgaanbieders uitgesloten van contractering als er iets bekend is over regelovertreding of veroordelingen in het verleden. Bij de aanvullende minimumeisen voor contractering valt op dat deze verschillen tussen verschillende sectoren. In bijvoorbeeld de mondzorg lijken er weinig aanvullende eisen te worden gesteld, maar in de wijkverpleging worden er veel aanvullende eisen gesteld, ook specifiek voor nieuwe toetreders tot de markt.

¹¹ Overigens stellen sommige zorgverzekeraars ook enkele basisvoorwaarden aan de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.

Voor ongecontracteerde zorg gelden echter alleen de wettelijke eisen en niet de aanvullende voorwaarden van zorgverzekeraars¹¹. Dit betekent in de praktijk dat er voor bepaalde sectoren nauwelijks toetredingsdrempels zijn. Hierop gaan we in de volgende paragraaf in.

3.6 Mogelijke relatie tussen toetredingsdrempels en regelovertreding

Uit de zojuist beschreven wet- en regelgeving en uit de interviews komt het beeld naar voren dat er voor sommige sectoren in de praktijk minder toetredingsdrempels zijn dan voor andere sectoren. Dit geldt met name voor zorg die regelmatig ongecontracteerd wordt geleverd (en dus niet aan de aanvullende eisen van zorgverzekeraars/zorgkantoren hoeft te voldoen), en/of voor zorgsectoren waar zorgverleners die geen opleiding in de zorg hebben relatief makkelijk aan de slag kunnen (geen BIG-registratie vereist). In de interviews werd aangedragen dat de eventuele noodzakelijkheid van vastgoed of materiaal voor het leveren van de zorg tevens een rol speelt.

Dit speelt in de eerste plaats in de (ongecontracteerde) wijkverpleging. Dit betreft verpleging en/of verzorging in de thuissituatie, bekostigd vanuit de Zvw óf de Wlz. Over deze zorg komen de meeste fraudesignalen binnen, de zorg kan geleverd worden door personen die geen opleiding in de zorg hebben, en er is weinig nodig om een zorginstelling te starten. Een kantoorpand of materiaal is niet noodzakelijk. Er kan goedkoop personeel ingezet worden en veel geld worden verdiend.

De extramurale gehandicaptenzorg komt op de tweede plaats als sector waar een duidelijke relatie is tussen frauderisico's en gebrek aan toetredingsdrempels. Bij de extramurale gehandicaptenzorg doen de risico's zich vooral voor bij aanbieders van begeleiding en dagbesteding, bekostigd uit een pgb, waarbij het wonen is gekoppeld aan de zorg. Over deze zorg worden veel fraudesignalen ontvangen, en de zorg kan geleverd worden door personen die geen opleiding in de zorg hebben. Wat maakt dat de drempels voor het leveren van deze zorg iets hoger lijken te zijn dan bij de wijkverpleging, is dat er vaak wel een vorm van vastgoed nodig is voor de dagbesteding of in de vorm van woningen. Ook kan het feit dat het om een zware cliëntengroep gaat een extra drempel opwerpen.

In interviews met de partners is uitgevraagd in hoeverre zij de huidige toetredingsdrempels tot de zorg adequaat vinden en of er specifieke sectoren zijn waar de toetredingsdrempels in hun ogen niet afdoende zijn. Sommige partners geven aan dat ze daar niet echt een oordeel over kunnen geven, omdat ze te veel aan de achterkant van het proces zitten. Als partners wel een specifieke sector benoemen waarbij de toetredingsdrempels als niet afdoende worden ervaren, dan is dit met name de wijkverpleging, en in mindere mate de gehandicaptenzorg en de ggz.

Een enkele respondent geeft aan dat niet-toereikende toetredingsdrempels niet een probleem van een specifieke sector zijn, de ervaring is dat in het algemeen het oprichten van een zorginstelling gemakkelijk is. Iemand kan zonder specifieke kwalificaties een bestuurder van een zorginstelling worden, heeft daarvoor geen zorgopleiding nodig of affiniteit met de zorg en hoeft ook geen VOG te overleggen.

Op de vraag of er een onderscheid dient te worden gemaakt in toetredingsdrempels tussen kleine en grote zorgaanbieders geven de meeste respondenten aan dat er voor de toetredingsdrempels geen onderscheid zou moeten zijn tussen kleine en grote zorgaanbieders. Enkele respondenten geven aan dat er voor de risicosectoren, met name wijkverpleging, juist voor kleine zorgaanbieders meer eisen zouden worden moeten gesteld, en wellicht voor andere sectoren, zoals paramedische zorg, waarbij al meer drempels gelden, niet. Ook wordt naar voren gebracht dat het onderscheid tussen grote en kleine zorgaanbieder überhaupt lastig te maken is, omdat door de gebruikelijke constructies met inhuur en onderaanneming, veel ondernemingen op papier klein zullen lijken.

Een onderscheid in de vergunningplicht tussen kleine en grote zorgaanbieders wordt door de respondenten dus niet als wenselijk gezien, zeker niet in de sectoren wijkverpleging, (extramurale/pgb-gefinancierde) gehandicaptenzorg en ggz, waar de meeste problemen worden ervaren.

4. Objectieve indicatoren

In dit hoofdstuk wordt de vraag behandeld in hoeverre er objectieve indicatoren zijn op basis waarvan er kan worden aangenomen dat er verhoogde risico's zijn op overtreding van regels van kwaliteit en rechtmatig declareren. In het kader van de Wtza zouden deze objectieve indicatoren eventueel (bij bepaalde risicosectoren) toegevoegd kunnen worden aan de vragenlijst voor vergunningverlening. Op basis van de antwoorden zou een risico op regelovertreding kunnen worden gewogen, met eventueel consequenties voor verscherpt toezicht.

Om een indruk te krijgen van mogelijk bruikbare indicatoren heeft IKZ eerst een lijst met mogelijke risico-indicatoren opgesteld. Deze lijst is opgesteld aan de hand van ervaringen uit casuïstiek en eerder onderzoek van het IKZ en onze partners, vanuit het uitgangspunt dat het om indicatoren moest gaan die objectief te bepalen zijn en al voordat de zorgverlening start uitgevraagd kunnen worden.

In de afgelopen periode hebben sommige partners reeds meegedacht over het vraagstuk welke zaken in het vergunningsformulier uitgevraagd zouden moeten worden. Deels is deze input ook al meegenomen in het huidige concept voor het vergunningsformulier. De ten behoeve van dit onderzoek opgestelde lijst met indicatoren, bevat daarom deels ook zaken die nu al in het concept formulier zijn opgenomen. Desondanks hebben wij deze indicatoren wel meegenomen, omdat we een zo compleet overzicht van mogelijke objectieve risico indicatoren hebben willen opstellen en toetsen.

In de interviews is aan de partners gevraagd aan te geven in hoeverre ze de indicatoren herkennen uit de eigen casuïstiek. Aangezien die lijst niet uitputtend was, is tevens aan de partners gevraagd of ze deze waar nodig konden aanvullen.

In de volgende alinea's bespreken we de indicatoren en de mate waarin ze als bruikbaar en herkenbaar worden gezien. Hierbij onderscheiden we drie categorieën: indicatoren omtrent de bestuurder of eigenaar, leden van de leiding en overige indicatoren.

¹² Omdat deze zaken niet standaard geregistreerd worden en ook niet standaard beschikbaar zijn voor partners (gezien wettelijke bevoegden), kan dit beeld helaas niet worden gekwantificeerd.

4.1 Objectieve indicatoren omtrent de bestuurder en/of eigenaar

Op voorhand zijn de volgende vier risico-indicatoren opgesteld die gerelateerd zijn aan de zorgbestuurder of eigenaar van de zorgaanbieder:

- De bestuurder/eigenaar is actief in branchevreemde sectoren;
- De bestuurder/eigenaar heeft geen ervaring in de zorg;
- De bestuurder/eigenaar kan geen VOG overleggen/heeft een strafblad;
- De bestuurder/eigenaar heeft schulden.

Alle bovenstaande risico-indicatoren omtrent de bestuurder en/of eigenaar worden herkend door de partners vanuit hun casuïstiek. Dat wil zeggen dat ze relatief vaak voorkomen in gevallen waarbij vermoedens van fraude zijn¹². Bij de indicatoren 'het niet kunnen overleggen van een VOG of het hebben van een strafblad', of 'het hebben van schulden', werd echter regelmatig aangegeven dat dit niet iets is waar de partner zicht op heeft. Ook werd bij schulden de kanttekening geplaatst dat of dit al dan niet een risico-indicator is afhankelijk van het soort schulden, een schuldhulpverleningstraject en belastingschulden worden bijvoorbeeld wel als relevant gezien maar studieschulden niet.

Het algemene beeld is dat met name het gebrek aan ervaring in de zorg, of het afkomstig zijn uit een heel andere sector (vaak met laagbetaalde arbeid, zoals een uitzendbureau, koeriersbureau, horeca, et cetera) als een zeer herkenbare risicofactor wordt gezien. In hoeverre dat geldt voor het hebben van een strafblad is minder goed te zeggen omdat partners die informatie vaak niet hebben. Wel achten veel partners het vanzelfsprekend dat als je iemand een vergunning verleent om zorg te verlenen, deze ook een VOG kan overleggen, zoals ook in veel andere sectoren (bijvoorbeeld de kinderopvang) het geval is.

4.2 Objectieve indicatoren omtrent leden van de leiding of interne toezichthouder

Voor de leden van de leiding (waaronder de bestuurder/eigenaar) en/of de interne toezichthouder zijn de volgende drie risico-indicatoren op voorhand opgesteld:

- De leden van leiding en/of interne toezichthouder (of een familielid daarvan), zijn eerder betrokken geweest bij een instelling die failliet is gegaan;
- De leden van leiding en/of interne toezichthouder (of een familielid daarvan), zijn eerder betrokken geweest bij een instelling die een aanwijzing, maatregel of boete heeft gekregen van de IGJ of de NZa;
- De leden van leiding en/of interne toezichthouder (of een familielid daarvan), zijn eerder betrokken geweest bij een instelling die onderwerp is geweest van onderzoek van toezichthouder of opsporingsinstantie.

Alle indicatoren opgesteld omtrent de leden van de leiding en/of de interne toezichthouder werden door de geïnterviewden herkend. Door enkele respondenten werd er een kanttekening geplaatst bij de indicator omtrent een 'aanwijzing, maatregel of boete van de IGJ/NZa', omdat dit als te strikt werd ervaren. Het hangt er van af wat de reden was voor deze aanwijzing (dat hoeft geen fraude te zijn). Hetzelfde gold voor de derde indicator omtrent 'betrokken zijn geweest bij een instelling die onderwerp is geweest van een onderzoek van een toezichthouder of opsporingsinstantie'. Hierbij werd als argument aangedragen dat individuele werknemers ook geregistreerd worden bij een onderzoek, terwijl hun rol bij de reden voor onderzoek waarschijnlijk hooguit beperkt was. In het algemeen is de consensus dat hoewel deze zaken een aanwijzing kunnen zijn voor een verhoogd risico, het niet op voorhand een reden is om een vergunning te weigeren.

Wat betreft deze groep risico-indicatoren werden door enkele respondenten aanvullende indicatoren aangedragen. Een respondent gaf aan dat het belangrijk is om te weten of er sprake is van een onafhankelijke interne toezichthouder. Indien dit niet het geval is, zou een zorgaanbieder uitleg moeten geven over hoe men voornemens is de controle binnen de zorgaanbieder te laten plaatsvinden. Daarnaast is het hebben van een jonge toezichthouder (onder de 25 jaar) voor deze respondent ook een aanvullende risico-indicator.

4.3 Overige objectieve indicatoren

Overige risico-indicatoren die op voorhand waren opgesteld zijn:

- De zorgaanbieder werkt als onderaannemer of maakt gebruik van een onderaannemer;

- De zorgaanbieder beschikt niet over een softwaresysteem om een administratie te voeren over de geleverde en gedeclareerde zorg;
- De zorgaanbieder richt zich op gesloten gemeenschappen of doelgroepen met een specifieke kwetsbaarheid;
- De zorgaanbieder gaat pgb-zorg verlenen aan familieleden van medewerkers;
- De zorgaanbieder gaat wijkverpleging aanbieden maar heeft geen wijkverpleegkundige niveau 5/verpleegkundig specialist voor hem werken;
- De zorgaanbieder biedt een combinatie aan van wonen en zorg waarbij wonen en zorg aan elkaar gekoppeld zijn.

Bijna alle bovenstaande punten werden herkend als risico-indicatoren voor regelovertreding. Allen herkenden zich in het risico van zorg te leveren als onderaannemer of door gebruik te maken van onderaannemers. De tweede risico-indicator, omtrent het softwaresysteem, werd door meerdere respondenten niet herkend, omdat de meesten hier geen zicht op hebben. Ook het zich richten op gesloten gemeenschappen en familieleden werd herkend, maar daarbij vroeg men zich af hoe je dit op een objectieve manier kan uitvragen in een vergunningsformulier.

De risico-indicator omtrent de wijkverpleegkundige wordt als een belangrijke gezien, de vraag hierbij is hoe je bepaalt dat de wijkverpleegkundige op de beoogde manier betrokken is bij de zorg. Zorgverzekeraars gaven aan dat het niet in dienst hebben van een wijkverpleegkundige geen risico hoeft te zijn, het kan juist ook een risico zijn als deze wel in dienst is, omdat iemand dan direct gebaat is bij het stellen van hoge indicaties. Meerdere respondenten gaven aan dat het vooral belangrijk is dat de wijkverpleegkundige betrokken is bij de zorg. Dit kan bijvoorbeeld worden aangetoond doordat de wijkverpleegkundige gekoppeld is aan de instelling in Vektis. In dat geval is er sprake van een samenwerkingsovereenkomst.

Wat betreft het aanbieden van een combinatie van wonen zorg wordt geconcludeerd dat dit een te grofmazige indicator is, en dat het risico zich met name voordoet bij het aanbieden van deze zorg in combinatie met pgb-financiering.

Overige indicatoren die door de respondenten werden aangedragen zijn:

- Is de zorgaanbieder van plan om vanuit meerdere wettelijke kaders (Wlz, Zvw, Wmo etc) zorg te leveren? Het leveren van zorg vanuit meerdere wetten wordt zeer duidelijk herkend als risico-indicator, ook vanuit de IKZ-casuïstiek;
- Is er sprake van (een voornemen tot) levering van ongecontracteerde zorg? Hoewel het leveren van ongecontracteerde zorg een duidelijke risico-indicator is, zal er op voorhand bij vergunningsaanvraag veelal nog geen sprake zijn van een contract. Het is daarom de vraag of dit een geschikte indicator is om vooraf uit te vragen.

4.4 Tot slot

Het IKZ en onze partners signaleren dat er ondernemingen worden opgericht met het doel om te frauderen. Er wordt snel (onrechtmatig) geld verdiend en vervolgens wordt de onderneming weer ontbonden of gaat failliet, en de betrokkenen of leden van hun familie/netwerk richten wederom een nieuwe zorginstelling op. Het zijn juist dit soort ondernemingen die van de zorgmarkt geweerd zouden moeten en voor wie veel van de genoemde risico-indicatoren van toepassing zijn. De uitdaging zit hem er dus in deze ondernemingen te kunnen detecteren in het vergunningsverleningstraject.

Verwacht wordt dat het zeer moeilijk zo niet onmogelijk is om dit soort ondernemingen met 'kwade bedoelingen' op voorhand te detecteren. Bijvoorbeeld ook omdat er soms 'katvangers'¹³ worden ingezet zodat personen die daadwerkelijk de touwtjes in handen hebben buiten beeld blijven. Toch zijn er op basis van de ervaringen wel indicatoren te noemen die op voorhand op een verhoogd risico kunnen duiden.

Op basis van de input van onze partners omtrent bruikbaarheid en volledigheid van de vooraf opgestelde objectieve indicatoren, concluderen we dat de volgende indicatoren het best bruikbaar lijken te zijn voor het op voorhand bepalen van een verhoogd risico:

- Vragen omtrent de achtergrond van de bestuurder: (gebrek aan) eerdere ervaring in de zorg, afkomstig uit branchevreemde sectoren (specifiek met laagopgeleide arbeid) en het niet kunnen overleggen van een VOG.

¹³ Katvangers of stromannen zijn op papier de eigenaar, maar in de praktijk is de leiding in handen van de eerdere eigenaar(s). Deze constructie wordt vaak gebruikt om de aandacht af te leiden van de eerdere of daadwerkelijke eigenaars.

- Vragen omtrent het verleden van de leiding/toezichthouder (bv eerdere faillissementen, eerdere vaststellingen van fraude in de zorg, etc).
- Vragen omtrent de personen die de zorg gaan uitvoeren: zijn er al zorgverleners verbonden aan de organisaties/organisatie? Wat is hun opleiding?
- Specifiek in de wijkverpleging: is er wijkverpleegkundige niveau 5/verpleegkundig specialist verbonden aan de organisatie? Op welke wijze is zij betrokken bij de zorgverlening (en niet slechts bij de indicatiestelling)?
- Wordt er zorg geleverd vanuit meerdere wettelijke domeinen?
- Worden er combinaties van wonen en zorg aangeboden gefinancierd vanuit een pgb?

Bovenstaande vragen zijn met name relevant voor ondernemingen in sectoren die eerder in dit rapport genoemd werden als meest risicovol. Dit zijn de sectoren waar regelmatig ongecontracteerde zorg wordt geleverd en waar de zorg kan worden verleend door mensen waar weinig opleidingseisen voor gelden. Specifiek komen de wijkverpleging, de extramurale/ pgb-gefinancierde gehandicaptenzorg en in mindere mate de ggz hierbij naar voren.

5. Conclusie

Om te bezien of de vergunningsplicht in bepaalde sectoren zou moeten worden uitgebreid naar instellingen met maximaal tien zorgverleners, heeft het ministerie van VWS het IKZ gevraagd onderzoek te doen naar risico's voor kwaliteit en rechtmatigheid bij kleinere instellingen. Hierbij zijn de volgende deelonderwerpen behandeld: risico's op regelovertreding per deelsector op basis van (fraude)signalen, drempels om zorg te kunnen verlenen vanuit wet- en regelgeving en contractering en objectieve indicatoren voor het wegen van een risico op regelovertreding bij nieuwe zorgaanbieders.

In dit hoofdstuk formuleren we op basis van de onderzoeksvragen en de resultaten een conclusie.

5.1 Risico's per deelsector

Op basis van signalen van vermoedens van fraude die gedeeld zijn in IKZ-verband en de input van onze partners, zijn de volgende sectoren gekozen als focus van het onderzoek: wijkverpleging, ggz, mondzorg, farmacie, paramedische zorg, revalidatiezorg en intramurale en extramurale gehandicaptenzorg. Bij deze sectoren worden de grootste risico's op regelovertreding verwacht.

Bij bijna al deze deelsectoren (namelijk bij wijkverpleging, ggz, mondzorg, paramedische zorg en gehandicaptenzorg) bestaat meer dan 90% van de zorgaanbieders uit kleine ondernemingen met 10 of minder personeelsleden (op basis van data uit het Handelsregister). We schatten in dat, indien inhuur van extern personeel zou worden meegenomen, dit percentage kleine instellingen afhankelijk van de sector, 75-90% betreft.

Omdat eenduidige en volledige data over de grootte van een instelling niet beschikbaar zijn, is het niet goed mogelijk om op basis van cijfers eenduidige conclusies te trekken over de relatie tussen de grootte van een instelling en risico's met betrekking tot kwaliteit en rechtmatigheid. Wel is duidelijk dat:

- de geselecteerde sectoren voor de overgrote meerderheid bestaan uit solisten en kleine zorgaanbieders, en

- dat de (ruime) meerderheid van de fraudesignalen in deze sectoren kleine instellingen betreft.

Voor de vergunningsplicht betekent dit dat indien deze zich beperkt tot grote instellingen, de meerderheid van zowel het totaal aantal instellingen als de meerderheid van instellingen waarover fraudemeldingen worden gedaan, niet vergunningsplichtig is.

Op basis van de signalen bij de zorgverzekeraars, zien we dat verreweg de meeste fraudesignalen gaan over ongecontracteerde zorg. De sectoren waar dit met name speelt zijn de wijkverpleging en de (extramurale/pgb-gefinancierde) gehandicaptenzorg, wat ook de sectoren zijn waar weinig toetredingsdrempels worden ervaren (zie volgende paragraaf).

5.2 Toetredingsdrempels

Uit het onderzoek komt het beeld naar voren dat er voor sommige sectoren in de praktijk minder toetredingsdrempels zijn dan voor andere sectoren. Dit geldt met name voor zorg die regelmatig ongecontracteerd wordt geleverd (en dus niet aan de aanvullende eisen van zorgverzekeraars/zorgkantoren hoeft te voldoen), en/of voor zorgsectoren waar zorgverleners die geen opleiding in de zorg hebben relatief makkelijk aan de slag kunnen (geen BIG-registratie vereist). Ook de noodzaak van vastgoed of materiaal voor het leveren van de zorg speelt een rol.

Dit speelt in de eerste plaats in de (ongecontracteerde) wijkverpleging. Dit betreft verpleging en/of verzorging in de thuissituatie, bekostigd vanuit de Zvw óf de Wlz. Deze zorg kan geleverd worden door personen die geen opleiding in de zorg hebben en er is weinig nodig om een zorginstelling te starten. Een kantoorpand of materiaal is niet noodzakelijk. Er kan goedkoop personeel ingezet worden en veel geld worden verdiend.

De extramurale gehandicaptenzorg komt op de tweede plaats als sector waar een duidelijke relatie is tussen frauderisico's en gebrek aan toetredingsdrempels. De risico's doen zich vooral voor bij aanbieders van begeleiding en dagbesteding, bekostigd uit een pgb. Ook deze zorg is duur en kan geleverd worden door personen die geen opleiding in de zorg hebben. Er is echter wel vaak een vorm van vastgoed nodig voor de dagbesteding of in de vorm van woningen. Ook kan het feit dat het om een zware cliëntengroep gaat een extra drempel opwerpen.

Naast drempels voor zorgverleners, wordt geconstateerd dat er drempels ontbreken voor zorgbestuurders. In geen enkele zorgsector worden aan een bestuurder aanvullende eisen gesteld.

5.3 Objectieve indicatoren

Met name de ondernemingen die bewust worden opgericht met het doel te frauderen, zouden geweerd moeten worden van de zorgmarkt. Vooral op dit soort ondernemingen zijn bepaalde risico-indicatoren van toepassing. Op basis van de ervaringen van het IKZ en onze partners duiden de volgende indicatoren op voorhand op een verhoogd risico:

- De achtergrond van de bestuurder: heeft hij/zij eerdere ervaring in de zorg? Komt hij/zij uit branchevreemde sectoren (specifiek met laagopgeleide arbeid)? Kan hij/zij een VOG overleggen?
- Het verleden van de leiding/toezichthouder: zijn er bijvoorbeeld eerdere faillissementen? Of is er eerder fraude vastgesteld?
- De personen die de zorg gaan uitvoeren: zijn er al zorgverleners verbonden aan de organisatie? Wat is hun opleiding?
- Specifiek in de wijkverpleging: is er wijkverpleegkundige niveau 5/verpleegkundig specialist verbonden aan de organisatie? Op welke wijze is zij betrokken bij de zorgverlening (en niet slechts bij de indicatiestelling)?
- Wordt er zorg geleverd vanuit meerdere wettelijke domeinen?
- Worden er combinaties van wonen en zorg aangeboden gefinancierd vanuit een pgb?

Bovenstaande vragen zijn met name relevant voor ondernemingen in sectoren die eerder in dit rapport genoemd werden als meest risicovol. Dit zijn de sectoren waar relatief vaak ongecontracteerde zorg wordt geleverd en waar de zorg kan worden verleend door zorgverleners waar weinig opleidingseisen voor gelden. Specifiek komen de wijkverpleging en de (extramuraal) gehandicaptenzorg hierbij naar voren.

5.4 Concluderende opmerkingen

In relatie tot het algemene doel van het onderzoek, in hoeverre de vergunningplicht zou moeten worden uitgebreid naar instellingen met maximaal tien zorgverleners, concluderen we op basis van dit onderzoek dat dit in ieder geval wenselijk is voor de sectoren waar momenteel de meeste risico's op regelovertreding worden ervaren. Dat zijn ten eerste de wijkverpleging en op de tweede plaats de (extramuraal/pgb-gefinancierde) gehandicaptenzorg. Niet zozeer omdat er aantoonbaar grotere risico's zijn bij kleinere instellingen (hoewel dit wel wordt vermoed), maar omdat de overgrote meerderheid van de ondernemingen in deze sectoren klein is. Daarnaast zouden aanvullende objectieve indicatoren, zoals in voorgaande paragraaf benoemd, in de vergunningsvragenlijst voor de Wtza kunnen worden opgenomen om zicht te krijgen op een verhoogd risico op regelovertreding.



Bijlagen

Bijlage A – SBI/AGB-codes deelsectoren

Het overzicht van combinaties van SBI- en AGB-codes die voor de selectie van de verschillende sectoren zijn aangehouden:

Zorgsoort	SBI-codes	AGB-codes
Wijkverpleging	Thuiszorg (88.10.1)	ZZP-ers in wijkverpleging/ PGB aanbieders / Beheerstichtingen (AGB 41) Thuiszorginstellingen (AGB 7575)
Mondzorg	Tandtechnische bedrijven (32.50.1) Praktijken van tandartsen (86.23.1) Praktijken van tandheelkundig specialisten (86.23.2)	Tandartsen (12) Tandheelkundige Centra (38) Instellingen voor Jeugd tandverzorging (39) Mondhygienisten (87) Tandtechnici/Tandprothetici (93)
Ggz	Geestelijke gezondheids- en verslavingszorg met overnachting (86.10.4) Praktijken van psychiaters en dagbehandelcentra voor geestelijke gezondheids- en verslavingszorg (86.22.2) Praktijken van psychotherapeuten, psychologen en pedagogen (86.91.3)	Ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen (0629) Psychologische Zorgverleners (94)
Farmacie	Apotheken (47.73)	Apothekers (0200) Apotheker, medicatiebeoordeling chronisch UR-geneesmiddelgebruik (0201)
Paramedische zorg	Praktijken van fysiotherapeuten (86.91.2) Overige paramedische praktijken (geen fysiotherapie en psychologie) en alternatieve genezers (86.91.9)	Fysiotherapeuten (04) Logopedisten (05) Oefentherapeuten (07) Dietisten (24) Podotherapeuten (26) Optometristen (44) Ergotherapeuten (88) Pedicuren (96)
Revalidatiezorg	Geen specifieke SBI codes van toepassing	Revalidatiegeneeskunde (0327) Ziekenhuizen, revalidatie-centra (0616) Instellingen voor Revalidatiedagbehandeling (2300)
Gehandicaptenzorg (extramuraal)	Samenwerkingsorganen op het gebied van gezondheidszorg en overige gezondheidszorgondersteunende diensten (86.29.9) Ondersteuning en begeleiding van gehandicapten (88.10.3)	Instellingen voor Auditief Gehandicapten (4040) Instellingen voor Verstandelijk Gehandicapten (3030)
Gehandicaptenzorg (intramuraal)	Huizen en dagverblijven voor verstandelijk gehandicapten (87.20) Huizen en dagverblijven voor niet-verstandelijk gehandicapten (87.30.1)	Instellingen voor Auditief Gehandicapten (4040) Instellingen voor Verstandelijk Gehandicapten (3030)



Bijlage B – Begrippenkader geselecteerde zorgsoorten

Onderstaande toelichting bij de zorgsoorten is gebaseerd op het 'Begrippenkader Zorgsoorten' dat in 2019 door de partners van het IKZ is vastgesteld. In de tabellen in dit rapport zijn echter, afhankelijk van de bron van de cijfers, iets andere afbakeningscriteria gebruikt. Ook is de Wmo in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten. Dit is nader toegelicht in hoofdstuk 2.

Begrip	Toelichting
Begeleiding individueel	Activiteiten gericht op het bevorderen van zelfredzaamheid en participatie (Wmo), of ondersteuning bij het uitvoeren van algemene dagelijkse levensverrichtingen en bij het aanbrengen en behouden van structuur in en regie over het persoonlijk leven (Wlz). NB. Voor institutionele Wlz- zorg zie Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz.
Dagbesteding	Activiteiten die een recreatief of arbeidsmatig karakter hebben. Dagbesteding kan gefinancierd worden uit de Wmo of uit de Wlz. NB. Voor institutionele Wlz- zorg zie Gehandicaptenzorg, Verpleeghuiszorg of Ggz.
Farmacie	Farmaceutische zorg omvat terhandstelling, of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik, van (nader omschreven) geneesmiddelen. NB. onder dit begrip vallen de extramurale geneesmiddelen, voor intramurale geneesmiddelen zie het begrip Medisch specialistische zorg dan wel de begrippen voor institutionele Wlz-zorg.
(geneeskundige) Ggz	Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg betreft geneeskundige zorg zoals klinisch-psychologen en psychiaters die plegen te bieden, en omvat de generalistische basis-ggz en gespecialiseerde ggz. De zorg wordt gefinancierd uit de Zvw , de Wlz, of een aanvullende verzekering.
Gehandicapten-zorg	Gehandicaptenzorg is zorg aan en ondersteuning van mensen met lichamelijke, verstandelijke, of zintuiglijke beperkingen. Het begrip wordt gebruikt voor alle institutionele Wlz-zorg voor cliënten die intramuraal in een instelling voor gehandicaptenzorg verblijven of in een vergelijkbare woonsetting, zoals geclusterd VPT. NB. Zintuiglijk gehandicaptenzorg vanuit de Zvw valt ook onder dit begrip en betreft extramurale, multidisciplinaire zorg aan mensen met een zintuiglijke beperking gericht op het leren omgaan met de beperking.
Mondzorg	Mondzorg betreft alle zorg rondom mond en gebit die gegeven wordt door onder meer tandartsen, tandartsassistenten, mondhygiënist, orthodontisten, tandtechnici en tandprotethici.
Paramedische zorg	Paramedische zorg betreft zorg geleverd door paramedici, zoals fysiotherapie, ergotherapie, diëtetiek, logopedie en orthoptie. Ook zorg geleverd door andere paramedici kan, voor zover niet al een ander begrip van toepassing is, onder dit begrip worden geregistreerd.
Revalidatiezorg (Medisch Specialistische Revalidatie en/of Geriatrische Revalidatie)	Medische zorg onder verantwoordelijkheid van een revalidatiearts of specialist ouderengeneeskunde, gericht op het herstellen na een ongeluk of operatie, zodat de patiënt weer zo goed mogelijk kan functioneren.
Wijkverpleging	Wijkverpleging is het onderdeel van de thuiszorg dat verpleging, verzorging, informatie, advies en voorlichting biedt in de thuissituatie aan mensen die deze zorg door ziekte, beperking, ouderdom of andere reden blijvend of tijdelijk nodig hebben. Wijkverpleging wordt bekostigd vanuit de Zvw, of uit de Wlz indien de persoon een Wlz-indicatie heeft en zelfstandig woont. NB. Onder wijkverpleging in de Wlz wordt verstaan: verpleging en verzorging.

