

Aan de leden van de gemeenteraad

Afdeling
Sociaal
E-mail
Inge.bastings@tilburg.nl

Beste raadsleden,

Eind vorig jaar is er met u gesproken over fraude / ondoelmatig gebruik van zorggelden en winsten van zorgaanbieders. Er is u aangegeven hier in een later stadium op terug te komen. Dat doen we door middel van deze brief. Eerst gaan we nader in op het fenomeen en wat we daar in Tilburg nu aan doen en al hebben gedaan. Vervolgens maken we de verbinding met de inkoop Jeugdhulp en Wmo, mede gezien de motie zorggeld = zorggeld.

Het fenomeen zorgfraude

Zorgfraude kent meestal de zorgaanbieder / zorgorganisatie als veroorzaker en “profiterende partij”. Daarbij is het goed een onderscheid te maken naar administratieve fouten, oneigenlijk gebruik, ondoelmatig gebruik en fraude (zie in de bijlage het begrippenkader). We schetsen hieronder eerst een aantal kenmerken / typeringen wat we zien in de praktijk in Tilburg. Daarbij benadrukken we dat dit gaat om typologieën om het fenomeen te schetsen. We merken ook op dat dit slechts een klein deel van de zorgaanbieders betreft, een grote meerderheid van zorgaanbieders werkt vanuit vertrouwen en daar zien we deze fenomenen niet of niet in deze mate voorkomen.

Een zorgaanbieder zoekt declaratiemogelijkheden op en zoekt groei in volume. De zorgaanbieder doet dat vanuit de behoefte om te groeien. De zorgaanbieder maximaliseert productiviteit en declaraties (bijvoorbeeld binnen arrangementen). De zorgaanbieder stuurt op verminderen / beperken van vaste en variabele kosten. Dat kan door bijvoorbeeld relatief laag gekwalificeerd / onervaren personeel / stagiaires in te zetten en / of personeel onder de landelijke CAO te betalen. De zorgaanbieder richt zich vaak op een niche / bepaald type cliënt. De zorgaanbieder zien we in lichte specialistische jeugdhulp en Wmo begeleiding (ook als onderaannemer of pgb aanbieder). De zorgaanbieder is in deze gevallen niet per definitie frauduleus in het genoemde begrippenkader. In sommige gevallen zijn de bandbreedtes van onze arrangementen te groot en zijn onze tarieven daardoor te hoog c.q. te weinig gedifferentieerd / genormeerd voor de kwaliteitseisen die we stellen.

We zien zorgaanbieders met zeer afhankelijke cliënten, vanuit beperking, vanuit taal, vanuit woning en/of werk. Daar is dan sprake van een combinatie met wonen / verhuur en / of werk / dagbesteding. De zorgaanbieder zet laaggekwalificeerd personeel in, de cliëntgerichtheid is laag en de veiligheid is soms in geding. De cliënt tevredenheid is vaak goed, maar dat is geen resultante van kwalitatief gewenste zorg. Sommige zorgaanbieders zijn van na de transitie en hebben geen zorgachtergrond, komen tot de conclusie dat er hier (makkelijk) geld te verdienen is. Soms begint de zorgaanbieder vanuit loondienst en kan vervolgens door dit soort methodes ook aanzienlijke winst overhouden. Er is sprake van fraude als er zorg wordt gedeclareerd die niet is geleverd of als structureel en bewust hogere declaraties worden ingediend dan de zorg die is geleverd.

Dit heeft effect op de kwaliteit van ondersteuning, de betaalbaarheid en solidariteit. Deze werkwijzes van zorgaanbieders hebben een kostenopdrijvend effect en leiden tot maatschappelijk onacceptabele winsten.

In de gemeente Tilburg en regio Hart van Brabant werken we actief aan het bestrijden van fraude / ondoelmatig gebruik van zorggeld. We doen dat door het goed uitwisselen van signalen, het inrichten van adequaat accountmanagement van zorgaanbieders en de inzet van toezichthouders. Daarnaast maken we gebruik van deskundigheid van de GGD.

Accountmanagement spreekt met zorgaanbieders over de voortgang van de zorg en ondersteuning, de ontwikkeling van de zorgvraag, de administratieve verwerking en eventuele incidenten / meldingen / klachten. Ook komt aan bod hoe zij de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg en ondersteuning invullen. Dat doen we op basis van informatie van zorgaanbieders, van de Toegang en rapportages uit het berichtenverkeer met zorgaanbieders. Daarnaast worden op basis van meldingen en data analyses door toezichthouders onderzoeken uitgevoerd naar de geleverde kwaliteit en rechtmatigheid van de geleverde zorg en ondersteuning. De capaciteit van de toezichthouders is hiervoor uitgebreid.

De afgelopen anderhalf jaar hebben we het accountmanagement en de datasturing al aanzienlijk verbeterd en dit proces gaat door. Daarbij combineren we data ook met signalen die we ontvangen uit de stad. Dat kan zijn van cliënten en hun netwerk, van (personeel van) zorgaanbieders, van de Toegang of van landelijke ketenpartners als het Informatieknoppunt zorgfraude en de Sociale Verzekeringsbank.

Zoals in onze vorige raadsbrief al vermeld, passen we de laatste jaren ook 'risicomangement' toe. Jaarlijks wordt op basis van een risicomodel bekeken van welke zorgorganisaties een financiële (jaarrekening) analyse plaatsvindt. De afdeling Planning en Control maakt deze analyses op basis van openbare bronnen, aangevuld met externe services. We brengen op basis van de landelijke database over jaarrekeningen van zorgaanbieders de ratio's van de gecontracteerde zorgaanbieders (voorzover in de landelijke dataset opgenomen) in beeld.

Dit soort analyses en de gebruikte ratio's (zoals netto winst, loon-omzet, gemiddelde omzet per FTE, solvabiliteit) combineren we met informatie die we krijgen van zorgaanbieders en uit onze eigen administraties. In dit kader hebben we een analyse uitgevoerd naar de doorlooptijden van zorgaanbieders voor bepaalde categorieën jeugdhulp.

Op basis van uitgevoerde onderzoeken en op basis van gesprekken met de zorgaanbieders kan dit leiden tot aanpassingen in werkwijzen, declaraties en informatie uitwisseling. Uiteindelijk kan dat ook tot maatregelen leiden als bijvoorbeeld terugvordering van middelen. Zo werken we aan een adequate informatievoorziening en inzicht in de (financiële) bedrijfsvoering van zorgaanbieders.

Landelijke ontwikkelingen en lobby

Vanuit VWS wordt ook ingezet op aanpassingen in wet – en regelgeving om doel- en rechtmatig gebruik te bevorderen en buitensporige winsten tegen te gaan. Daarvoor wordt de Wet Toetreding Zorgaanbieders (WTZA) aangepast en de Wet Integere Bedrijfsvoering Zorgaanbieders (WIBZ) ingevoerd. De WTZA gaat over het invoeren van meld- en vergunningplichten voor zorgaanbieders, rapportage verplichtingen voor zorgaanbieders en stelt eisen aan een interne toezichthouder. Het doel van de WIBZ is het verbeteren van transparantie van bedrijfsvoering en aanscherpen van de wettelijke eisen aan de bedrijfsvoering van zorgaanbieders. Hier komt ook landelijk het stellen van voorwaarden aan winst en dividenduitkeringen aan bod, waarbij de aard van de voorwaarden kan variëren per deelsector. Doel is excessen tegen te gaan, respectievelijk te voorkomen.

Vanuit Tilburg zetten we in op verbreding van het bereik naar Jeugdhulp en Wmo. Dat zorgt voor duidelijkheid in het zorgveld over rapportageverplichtingen en toepassing van normering zoals WNT.

Verbinding met de inkoop en uitwerking van de motie zorggeld = zorggeld

U heeft als gemeenteraad de uitgangspunten inkoop vastgesteld. Daarbij is onder andere als uitgangspunt benoemd: “Van achteraf handhaven naar oneigenlijk gebruik voorkomen en het geld besteden aan zorg”.

Daarom richten we dit als volgt in:

- Bij de inkoop stellen we aanvullende eisen / criteria aan aanbieders en aan de zorg die zij leveren;
- We maken duidelijke en expliciete afspraken met onze gecontracteerde partners, vastgelegd in de contracten;
- We controleren hier vooraf, daadwerkelijk en diepgaand op en verifiëren waar nodig;
- We richten met aanbieders effectieve monitoring in en treden op / handhaven waar dat nodig is.

Hierover zijn in de Verordeningen Wmo en Jeugd 2021 reeds passages opgenomen, ook over de mogelijkheid van het verrichten van doel- en rechtmatigheidsonderzoeken bij zorgaanbieders.

Eind 2020 zijn we gestart met het project normen en financiën zorgaanbieders. De opdracht behelst enerzijds het screenen van zorgaanbieders bij de inkoop. Anderzijds is de opdracht het proces zo in te richten dat er doeltreffend gemonitord kan worden en indien nodig gesanctioneerd. De aangenomen motie d.d. 25 mei en de uitgangspunten inkoop dienen als fundering en basis voor de uitwerking van de normen t.b.v. screening en de inrichting van een monitorings- en sanctioneringsproces.

We gaan in het inkoopproces “aan de voorkant” extra eisen aan aanbieders stellen. Deze eisen zien toe op de inhoudelijke en financiële situatie van een aanbieder. We kijken bijvoorbeeld naar de organisatie, het personeel, de juridische bedrijfsconstructie(s) en de mate waarin het beschikbare geld aan zorg wordt besteed. Deze inzichten zijn input voor de keuze of we met een aanbieder tot een overeenkomst komen. Deze overeenkomst bevat heldere afspraken, die zo de voorwaarden scheppen voor passende en betaalbare zorg en een gezonde verstandhouding tussen zorgaanbieders en gemeente als verstrekker. Zo bouwen we een samenwerkingsrelatie op met de zorgaanbieders en sturen op verbeterde samenwerking in de keten.

De eisen / criteria bouwen we op vanuit het wettelijk kader, het te hanteren kwaliteitskader en een kader voor de financiën en governance van de zorgaanbieder. Ook de eisen voor PGB aanbieders worden op basis hiervan aangescherpt. Hier gaan we later in het project dieper op in. Per type kader staat een aantal voorbeelden genoemd, deels als wettelijk vertrekpunt:

- *Wettelijk kader*
 - verplichte registraties als SKJ meldcode huiselijk geweld
 - eisen aan veiligheid van cliënten en veiligheid van voorzieningen
- *Kwaliteitskader*
 - cliëntgerichtheid van de zorg en ondersteuning
 - personele mix met minimum opleidingseisen passend bij de doelgroepen
 - relevante ervaring van de instelling / inzicht in overige bedrijfsactiviteiten
 - aansluiting op het zorgveld (zowel op – als afschaling)
 - relatie met onderaannemers
 - het hanteren van een kwaliteitssysteem of -statuut (vergelijkbaar met GGZ)
 - informatiedeling met gemeente en andere zorgaanbieders

- *Kader voor financiën en governance*
- hanteren governance code zorg of governance code sociaal werk
- volgen van de Wet Normering Topinkomens¹
- volgen van een relevante landelijke CAO
- inzicht in ratio's netto winst, loon-omzet verhouding, uitgekeerd dividend
- voorwaarden voor dividend uitkering
- inzicht in juridische constructies met meerdere werkmaatschappijen

Het vertrekpunt hierbij is een transparante verantwoording van zorgaanbieders, waarbij we waken voor vermijdbare / aanvullende administratieve verplichtingen. Daarom betrekken we hier de rapportageverplichting bij van de jaarrekening gegevens. We nemen voor alle zorgaanbieders Jeugd en Wmo, met uitzondering van zeer kleine zorgaanbieders², deze rapportage verplichtingen op. Daarbij sluiten we zoveel mogelijk aan bij normen en eisen die vanuit de WLZ of ZVW al van toepassing zijn en die moeten worden geleverd aan de Belastingdienst en het ministerie VWS. Daarmee voorkomen we dat zorgaanbieders met teveel (onnodig) verschillende eisen te maken hebben of informatie dubbel aan moeten leveren.

Daarnaast onderzoeken we of we bij de tariefstelling / budgetbepaling meer maatwerk kunnen hanteren, afhankelijk van type zorg en grootte en complexiteit van de instelling.

Tot slot staan we graag stil bij het onderwerp winst en dividend. Hierover nemen we ten eerste op dat:

- de WNT geldt (waarmee beloning aan bestuurders is gemaximeerd), met uitzondering van eenmanszaken, VOF's en maatschappen³;
- we inzicht willen in de onderlinge verhoudingen in een groep van bedrijven / instellingen;
- we inzicht willen welke natuurlijke personen uiteindelijk belanghebbende zijn;
- we inzicht willen in relaties rond vastgoed en services die uit gelieerde instellingen of ondernemingen worden verstrekt en waar zorggeld naar toe kan gaan,
- we de vergoedingen voor diensten van gelieerde ondernemingen normeren.

Op deze manier bouwen we in dat zorggeld niet (ongemerkt) kan wegvloeien. De juridische houdbaarheid hiervan wordt nog getoetst.

We nemen normen op over (de omgang met) het bedrijfsresultaat (winst). De invulling van de norm (het percentage en de voorwaarden voor dividend uitkering) werken we nog uit. Het vertrekpunt is dat we winst alleen noodzakelijk achten voor opbouw van voldoende weerstandsvermogen en voor innovatieve ontwikkeling van zorg en ondersteuning. We stellen hier dus normen voor, maar niet één bindend percentage voor het gehele zorgveld. Dat heeft meerdere redenen. Ten eerste zien we een beperking in toepasbaarheid. Als een zorginstelling namelijk landelijk werkt, of ook nog andere diensten heeft die anders worden gefinancierd, kunnen wij niet zonder meer concluderen dat alle winst boven een bepaald % terug moet vloeien. Ten tweede werken we verschillende typen bekostiging voor begeleiding en beschermd wonen in Wmo en verschillende segmenten in Jeugdhulp uit. Afhankelijk van uitwerking van deze bekostigingsvarianten, verschillen ook de mogelijkheden om een bedrijfsresultaat te maximeren. Tenslotte zijn de omvang en de rechtsvorm van zorgaanbieders verschillend en daar moeten we rekening bij houden met het stellen van één norm voor het gehele zorgveld. Zodoende kunnen andere bepalingen volgen ten aanzien van bedrijfsresultaat, weerstandsvermogen en tarieven. Hierbij hanteren we de volgende vertrekpunten:

¹ Notabene: de WNT geldt reeds voor jeugdhulp, met uitzondering van zeer kleine ondernemingen. Voor Wmo nemen we ook de normeringen van de WNT.

² Hierbij willen we aansluiten bij definities die nu gelden voor de Wlz en Zvw

³ Deze categorie ondernemingen valt niet onder de Wet Normering Topinkomens. We onderzoeken hoe WNT normen wel toetsbaar te maken zijn voor deze categorie ondernemingen.

- dat we voor een deel van de voorzieningen werken met een selecte groep zorgaanbieders, vanuit de gedachte van partnerschap;
- dat we partnerschap opbouwen vanuit lange termijn commitment, wat de bedrijfsvoering risico's voor zorginstellingen sterk beperkt;
- dat financiële winst daarom alleen bedoeld moet zijn voor opbouw van voldoende weerstandsvermogen en voor ontwikkeling van innovatieve zorgtoepassingen en vergroting van doelmatige zorg;
- dat er vanuit partnerschap ook voor zorgaanbieders interessante prikkels in moeten zitten om doelmatige zorg toe te passen en door te ontwikkelen;
- dat naast aanwending van winsten voor innovatie / zorgverbetering, ook differentiatie c.q. bijstelling in tarieven of budget een mogelijkheid is.

In een later stadium zullen we u informeren hoe deze vertrekpunten zijn verwerkt in de verschillende inkoopstrategieën en -voorwaarden. Dan staan we ook nog stil bij hoe dit is verwerkt in het Pgb-beleid en -uitvoering en hoe we aankijken tegen onderaannemerschap.

Met deze maatregelen denken we een passend pakket aan beheersinstrumenten op te zetten. We sluiten zoveel mogelijk aan op bestaande rapportageverplichtingen. Daardoor beperken we de administratieve lasten. Daarnaast vergemakkelijkt dit de samenwerking met andere toezichthoudende instanties in de zorg.

Tot slot benadrukken we dat dit gehele traject nauw verbonden is met de regionale inkoop en contractering. Daarom moet dit traject, inclusief de uitwerking en benodigde maatregelen ook goed afgestemd worden met de andere gemeenten in de regio Hart van Brabant. Dit doen we onder andere door aan te sluiten bij de werkgroepen van het inkoopprogramma.

Met vriendelijke groet,

namens het college,

Rolph Dols
wethouder

Marcelle Hendrickx
wethouder

Bijlage 1: Definities onrechtmatig en ondoelmatig gebruik

Bron: Richtingwijzer Rechtmatige Zorg VNG

Type	Vorm	Omschrijving
Onrechtmatig gebruik Handelingen in strijd met wet- en regelgeving en ten laste van zorggelden	Fouten	Regels onbedoeld overtreden door onduidelijkheid en vergissingen
	Fraude ('misbruik')	Opzettelijk en doelbewust in strijd met regels handelen met oog op eigen of andermans (financieel) gewin
Oneigenlijk gebruik Declaratie is juist naar 'letter van de wet' maar druist in tegen 'geest van de wet' → in strijd met doel en strekking wet- en regelgeving	Onjuistheid	Dit is lastig in de praktijk te voorkomen, omdat het gaat om de interpretatie van de bedoeling van de wet- of regelgever. Dunne scheidslijn tussen 'slim' declareren en upcoding
Ondoelmatig en ongepast gebruik Declaratie in overeenstemming met geleverde zorg, maar was zorg ook noodzakelijk en effectief?	Overbehandeling ('verspilling')	Declaraties technisch in orde, maar medisch gezien niet strikt noodzakelijk
	Onderbehandeling	Declaraties technisch in orde, maar medisch gezien onvoldoende om problemen van patiënt op te lossen