

Performance Audit on tackling fraud in Dutch healthcare

INTOSAI WGEPPP Forum Bern 26 september 2022



Algemene
Rekenkamer

Introduction

Jaco Alberts (1965)

Education: historian

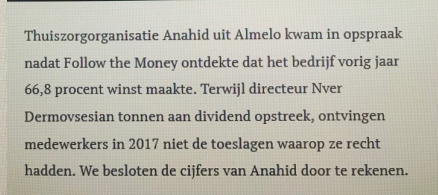
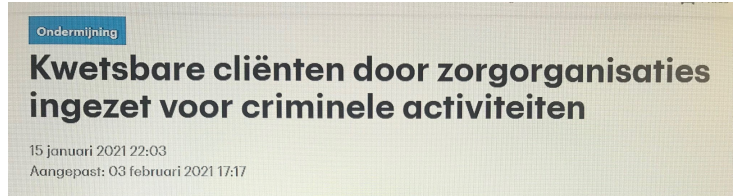
Profession:

- Journalist (1991 – 2017)
- Auditor/projectmanager Netherlands Court of Audit since 2017 (audits on police, asylum, public broadcasting, etc.)

Contact:

j.alberts@rekenkamer.nl

Trigger for our audit: “Health Care Cowboys”



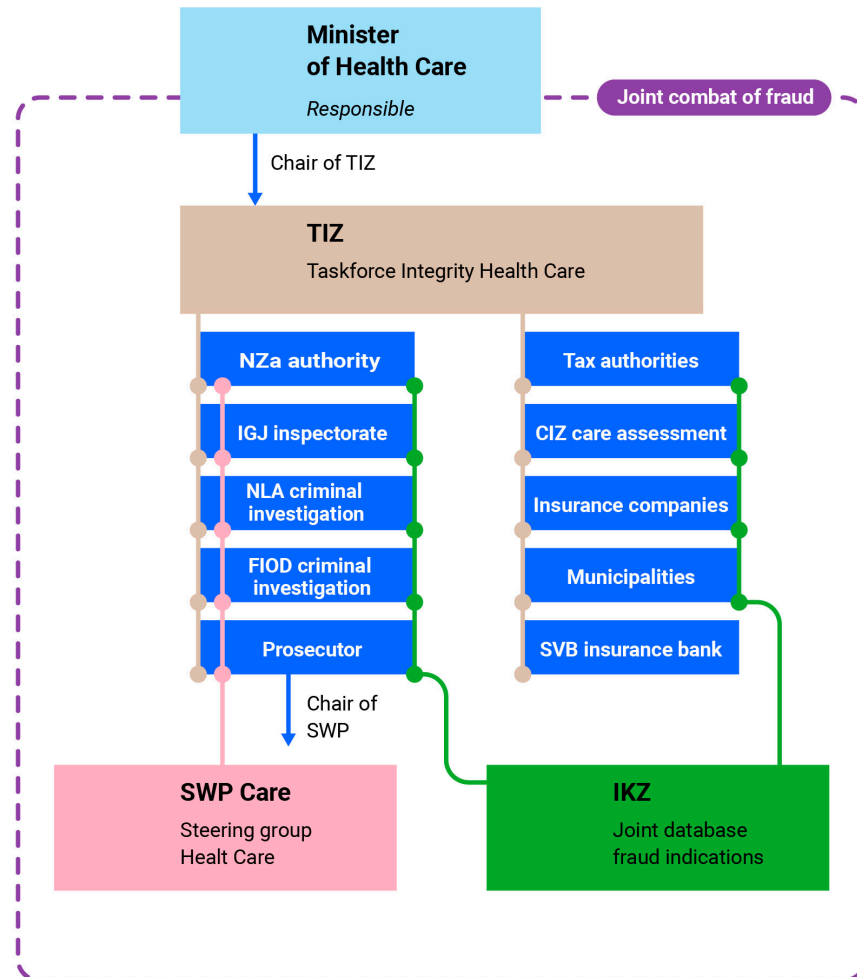
Our central research question:

Is Dutch government tackling
fraud among health care providers
effectively ?

Public healthcare in the Netherlands

- Good performance (international comparison)
- Most health`care providers privately owned
- Different laws for financing healthcare (care and cure)
- Different regulators and supervisors on performance and legality (state-supervisors but also municipalities and insurance companies)
- Costs public healthcare: 85 billion euro
- Estimated fraud: several billions of euro's

Tackling fraud among health care providers: a complex combat in a complex system



Our approach:

Don't focus on the complexity of the system

Focus on the practice of enforcement

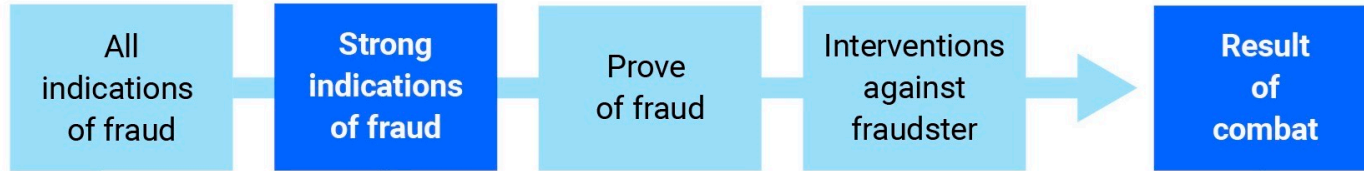
Our approach:

Don't focus on the complexity of the system

Focus on the practice of enforcement

But How?

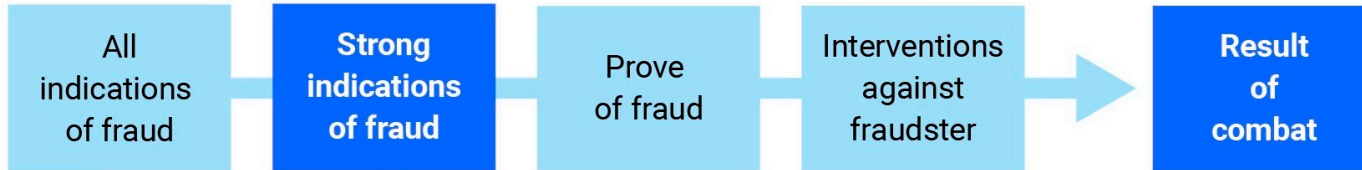
Our approach: focus on the practice of enforcement



Search for a meaningful method



Search for a meaningful method

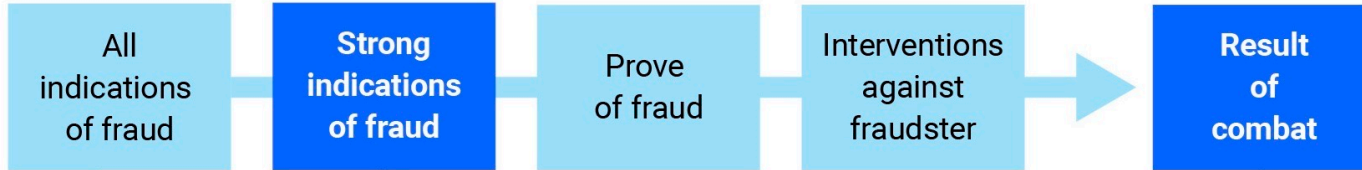


Research on public financial reports health care providers?

Conclusion:

- Indications of fraud are not very clear
- No valuable performance expectations

Search for a meaningful method

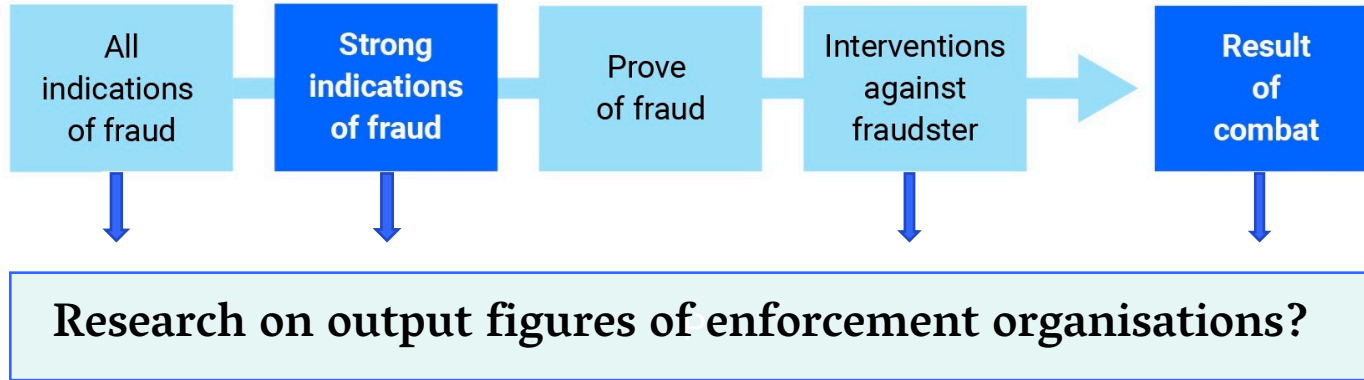


Research on public financial reports healthcare providers?

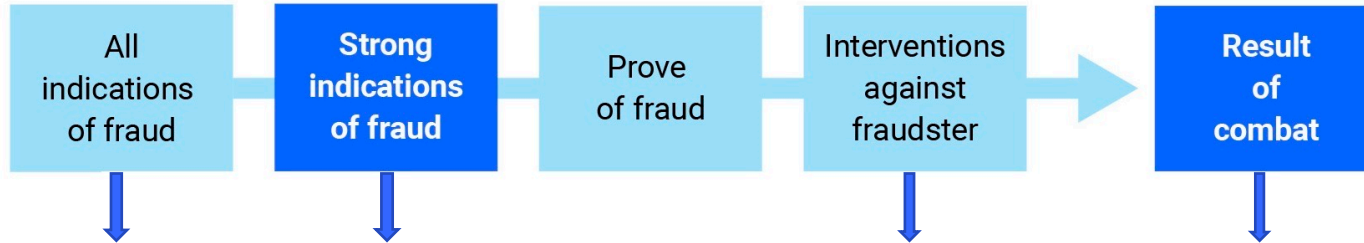
Conclusion:

- Indications of fraud are very
- No valuable performance expectations

Search for a meaningful method



Search for a meaningful method

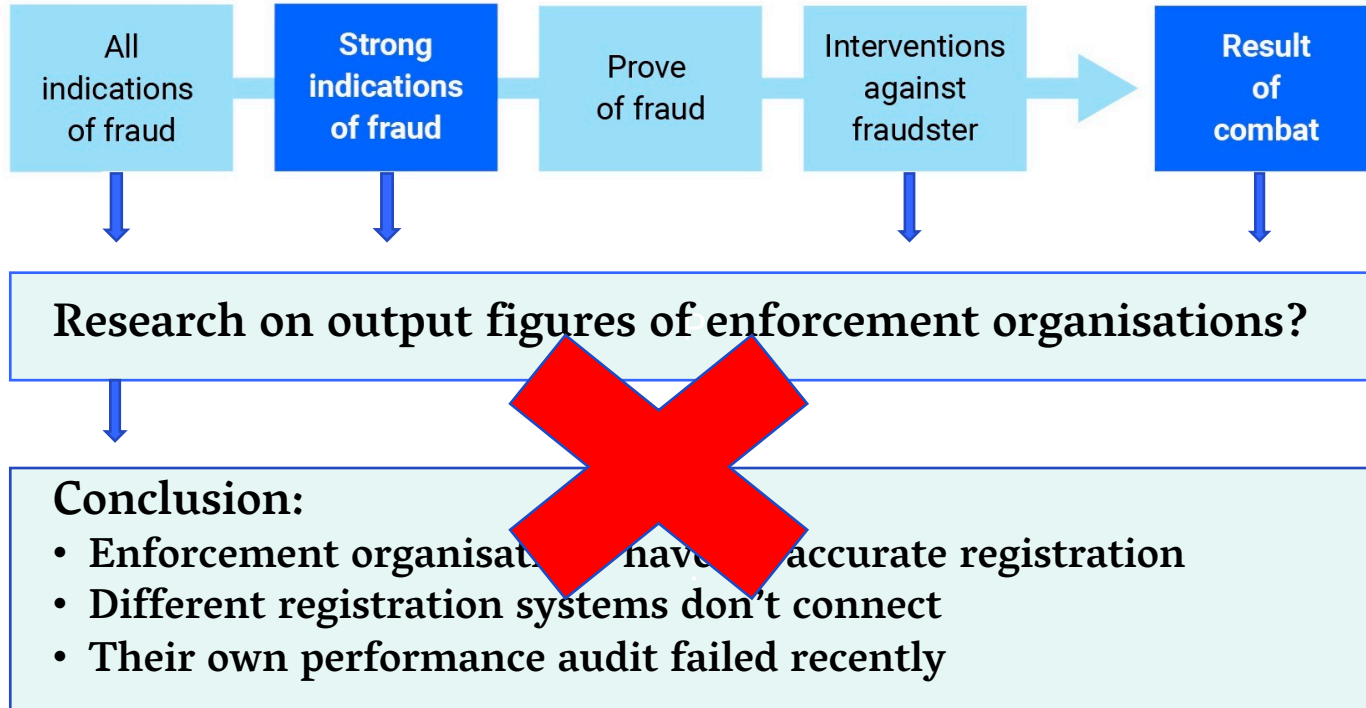


Research on output figures of enforcement organisations?

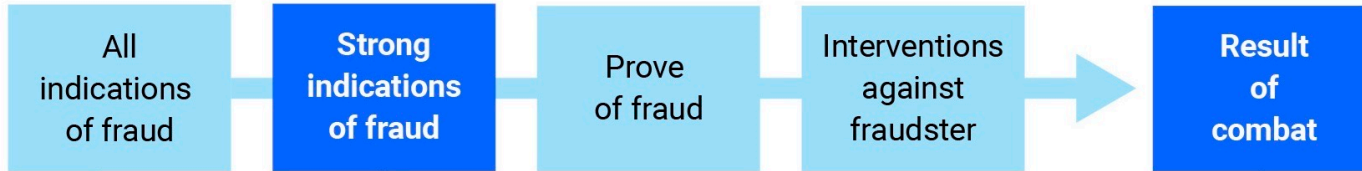
Conclusion:

- Enforcement organisations have no accurate registration
- Different registration systems don't connect
- Their own performance audit failed recently

Search for a meaningful method

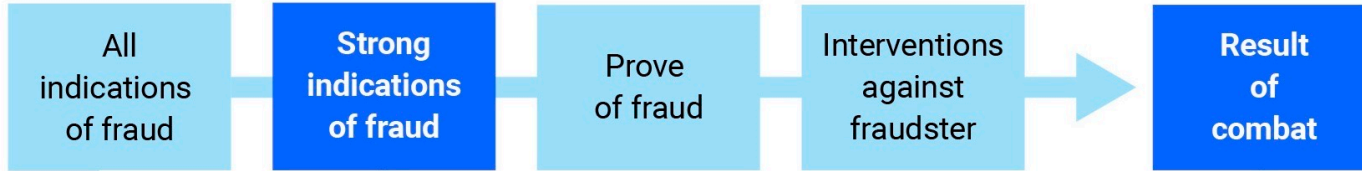


Our ultimate choice



Qualitative research on 14 individual cases of alleged fraud

Our ultimate choice

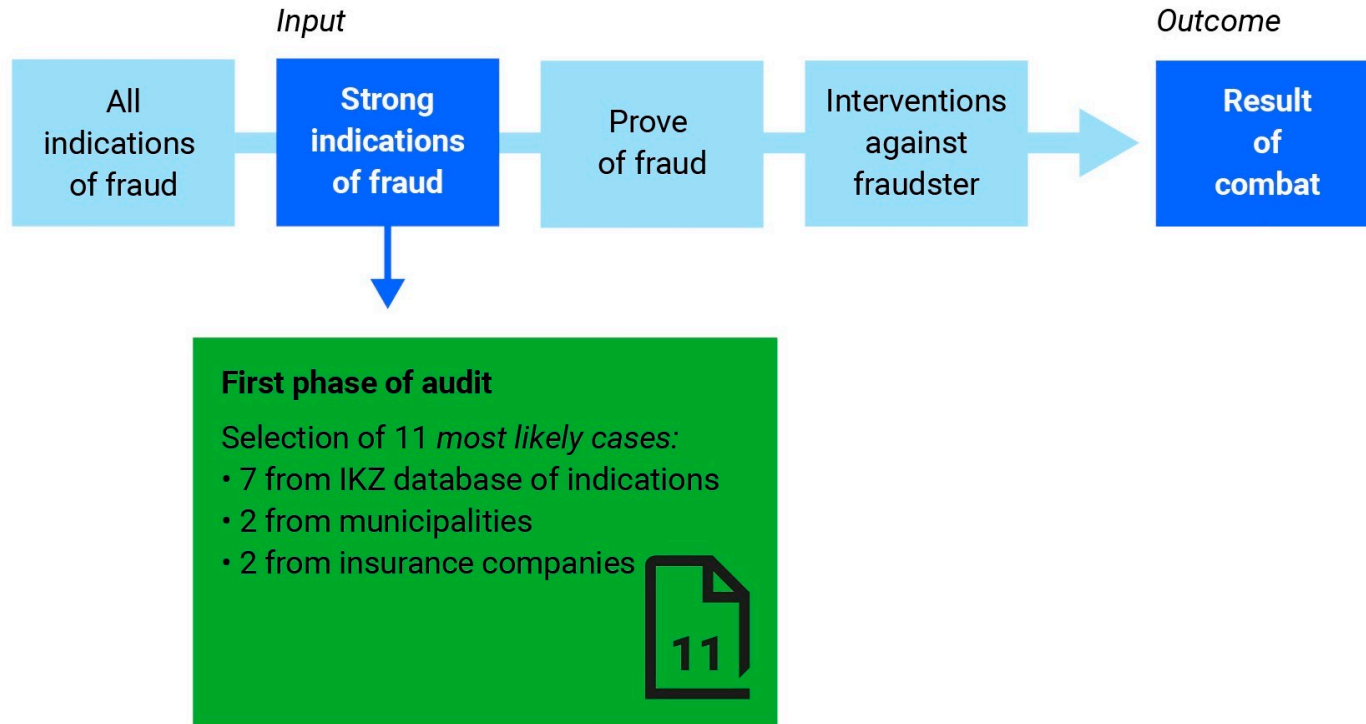


Qualitative research on 14 individual cases of alleged fraud

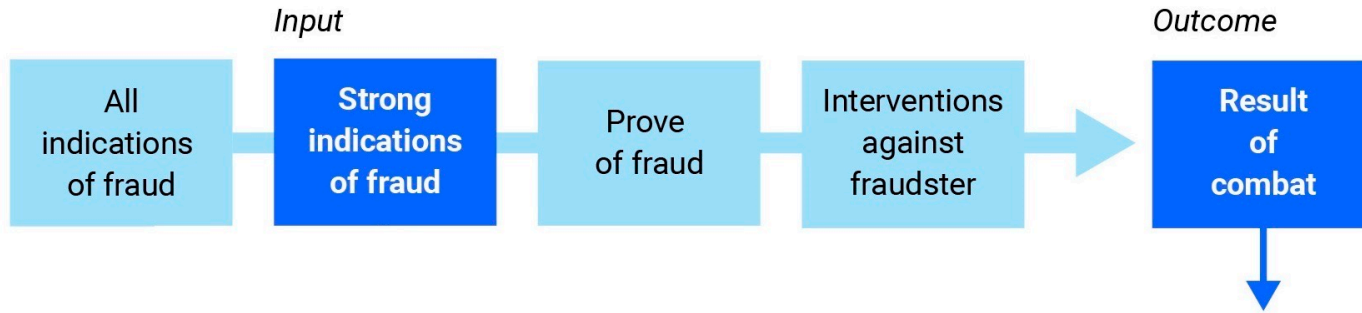
Process tracing:

- gathering of evidence as much as possible
- determination of a chronological and causal series of events

Base: selection of 11 most likely cases



Turn around: selection of 3 “succes” cases



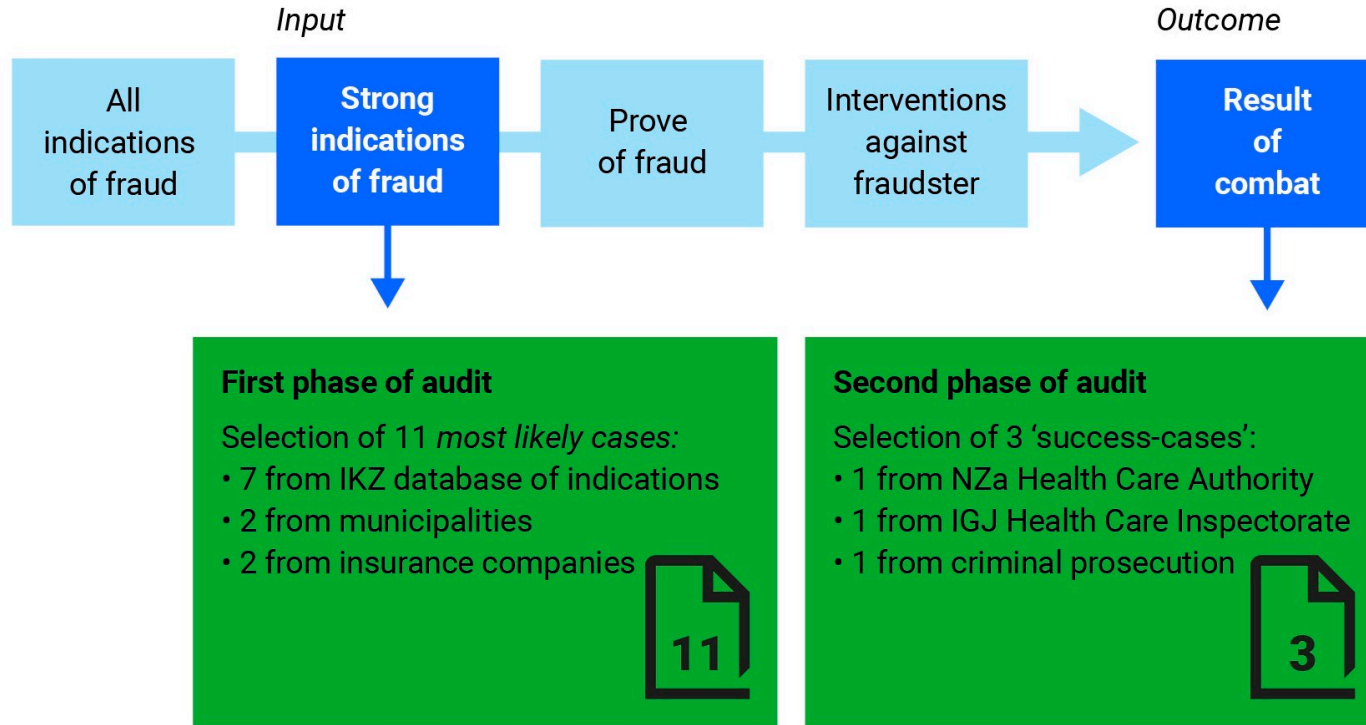
Second phase of audit

Selection of 3 'success-cases':

- 1 from NZa Health Care Authority
- 1 from IGJ Health Care Inspectorate
- 1 from criminal prosecution

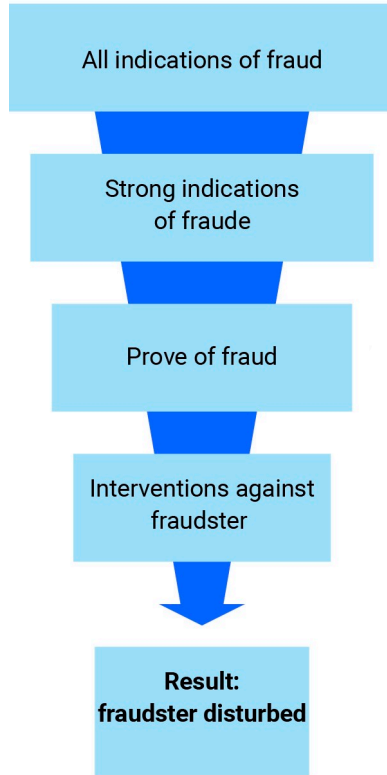


Overview case study



What did we see in practice?

Expectations



Result case studies

What did we see in practice?

Expectations

All indications of fraud

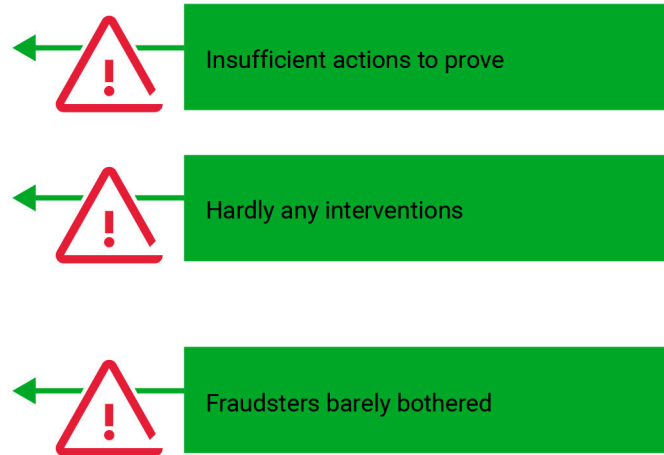
Strong indications of fraude

Prove of fraud

Interventions against fraudster

**Result:
fraudster disturbed**

Result case studies



Reverse Sinatra inference



*“If I can make it there,
I’ll make it anywhere”
(New York – New York)*



*If I can not make it there,
I cannot make it anywwhere*

Reverse Sinatra inference



*"If I can make it there,
I'll make it anywhere"
(New York – New York)*



*If I can not make it there,
I cannot make it anywhere*

➡ If enforcement isn't able to reduce fraud, even after having the strongest indications, they are probably not able to do it at all

Reverse Sinatra inference



*"If I can make it there,
I'll make it anywhere"
(New York – New York)*



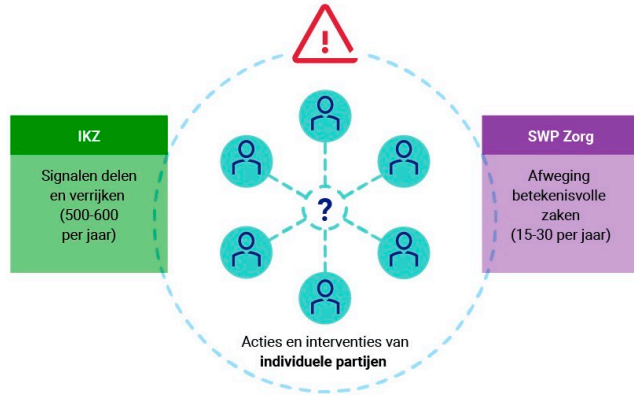
*If I can not make it there,
I cannot make it anywwhere*

➡ If enforcement isn't able to reduce fraud, even after having the strongest indications, they are probably not able to do it at all

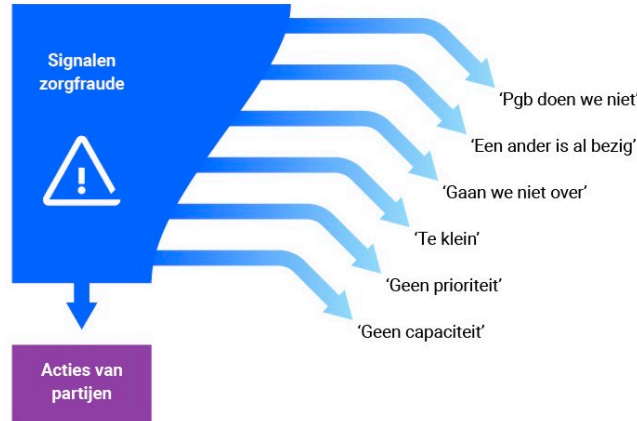
➡ Enforcement of fraud among health care providers is not effective

Causes?

1. After sharing information there appears no direction on actions



2. Organisations don't share a joint perspective



3. Supervision is fragmented

Veel zorgaanbieders bieden een combinatie van verschillende zorg aan:	Financier*	Toezichthouder
<p>Jeugdhulp</p> <p>Jeugdwet</p>	<p>Gemeente(n)</p>	<p>Gemeente(n) <i>Rechtmatigheid</i></p> <p>IGJ <i>Kwaliteit</i></p>
<p>Beschermd wonen</p> <p>Wmo</p>	<p>Gemeente(n)</p>	<p>Gemeente(n) <i>Rechtmatigheid</i></p> <p>Gemeente(n) <i>Kwaliteit</i></p>
<p>Begeleid wonen</p> <p>Wlz</p>	<p>Zorgkantoor/ kantoren</p>	<p>Nza <i>Rechtmatigheid</i></p> <p>IGJ <i>Kwaliteit</i></p>
<p>Wijkverpleging</p> <p>Zvw</p>	<p>Zorg- verzekeraar(s)</p>	<p>Nza <i>Rechtmatigheid</i></p> <p>IGJ <i>Kwaliteit</i></p>

A report including appealing examples

De discussie leverde een... TIZ-partners er zelfs niet in gezamenlijk financiële dekking op te brengen voor... bedrag van € 50.000 voor de voortzetting van het project dat de effecten van de... aanpak moet meten. Ondanks dat iedereen het belang ervan zei in te zien, bleef... uiteindelijk het Ministerie van VWS om dit bedrag te betalen – "mede vanuit financieel stelselverantwoordelijkheid".

Casus D – Instelling voor zorg bij psychische problemen
Een instelling in het zuiden van Nederland biedt beschermd wonen en andere begeleiding voor mensen met een verstandelijke beperking en psychische problemen. Dat financiert de instelling uit Wmo en Wlz en het gaat om zowel om zorg als zorg in natura. Sinds 2013 kwamen over deze instelling bij IGJ en de Arbeidsinspectie meldingen binnen over wel gedeclareerde, maar niet geleverde zorg.

Bezoeken door IGJ brachten geen ernstige misstanden aan het licht. Maar toen de Arbeidsinspectie in 2016 uit criminele inlichtingenbronnen informatie kreeg over onder meer vervalste declaraties, sprak de voorloper van de SWP af dat IGJ nogmaals langs zou gaan "met een fraudebril" op. Dat bezoek was

1.6 Leeswijzer
In hoofdstuk 2 zetten we uiteen hoe de bestrijding van zorgfraude er in grote lijnen uitziet. In hoofdstuk 3 komen we op grond van ons onderzoek tot een oordeel over de doeltreffendheid van de zorgfraudebestrijding. De oorzaken van de geconstateerde problemen bespreken we in hoofdstuk 4, 5 en 6. In hoofdstuk 7 besluiten we dit rapport met conclusies en aanbevelingen. Tussen de hoofdstukken door presenteren we korte beschrijvingen van een deel van de most-likely-casussen die we in de eerste fase onderzocht hebben.

Casus A – Een GGZ-instelling op de 'Pointerlijst'
Eind december 2019 verscheen een aanbieder van geestelijke gezondheidszorg op een lijst van zorgaanbieders met onverklaarbaar hoge winstpercentages. Het tv-programma Pointer maakt deze lijst op basis van de openbare jaarcijfers, in samenwerking met Reporter Radio en Follow the Money. De GGZ-instelling behaalde 2 jaar achtereenvolgende jaren winsten van vele tientallen procenten

... strafzaken voor zorgfraude is met gemiddeld zelfs haast verwaarloosbaar. In hoofdstuk 4 over de zorgfraudebestrijding nader tegen he...

Casus C – Een aanbieder van ondersteunende begeleiding
Begin 2019 ontving een zorgverzekeraar geboden budget een melding over frauduleuze ondersteunende begeleiding die in het kader van de begeleiding die wordt gefinancierd op basis van de Wmo en de Wlz wordt verleend. Het onderzoek bleek dat de aanbieder het licht van vele tonnen over een langere periode had uitgegeven.

Op grond van dit onderzoek stopte de zorgverzekeraar de aanbieder, deed een terugvordering (de fraude in het Extrem Verzorgingsregister) en liet de aanbieder de Wmo- en Wlz-aanpak gebruiken. Ook wilde de zorgverzekeraar de actie kwam moeizaam tot stand te brengen met Koepelorganisatie Zorgverzekeraars en de Wmo- en Wlz-aanpak. Het onderzoek bleek dat de aanbieder de Wmo- en Wlz-aanpak in de regio. Wat ermee gaat gebeuren, was niet bekend.

Casus E – Een landelijk netwerk voor jeugdzorg
In 2018 ontving het IKZ een melding van een gemeente in Overijssel. Die gemeente plaatste probleemjongeren in een lokaal opvangcentrum, die met financiering via de Wmo. Het opvangcentrum was onderdeel van een landelijk netwerk. Ook het regionale zorgkantoor financierde hier langdurige zorgplekken, via de Wlz. De gemeente kreeg echter verontrustende signalen over het opvangcentrum: een verloskundige klaagde over onprofessioneel gedrag, de politie meldde een onveilige situatie en voormalige cliënten uitten beschuldigingen over gebrekkige zorg en fraude. De vraag van de gemeente aan het IKZ was: is jullie meer bekend over deze zorgaanbieder?

Het IKZ wist niet goed wat te doen met deze vraag en gaf geen antwoord. Op dat moment fungeerde de NZa nog als doorgeefluik van gemeenten naar het IKZ; het IKZ plaatste de melding als een signaal in het Verzamelpunt. Van daaruit werd het signaal gedeeld, maar alleen met de gemeente die de melding zelf had verstuurd. Nutteloos dus.

De Overijsselse gemeente ging vervolgens zelf op onderzoek uit om van het contract met deze zorgaanbieder

Casus B – Een groot netwerk met vele zorgondernemingen
In Nederland zijn netwerken actief van zorgondernemingen in wijkverpleging, beschermd wonen en jeugdzorg die we terug kunnen voeren op twee personen die onderling ook verbonden zijn. De eerste signalen over zorgfraude kwamen al binnen in 2014, maar vanaf 2017 circuleerden er steeds vaker meldingen binnen het IKZ. Over een van die ondernemingen vond overleg binnen IKZ plaats, maar het grotere verband tussen de zorgondernemingen bleef nog buiten beeld.

Terwijl een van de zorgaanbieders onder toezicht stond van IGJ, besloot een gemeente eind 2017 onderzoek te doen omdat ze de inspectie te traag vond en zorgen had over gevaarlijke situaties, drugsgebruik en fraude. Ook enkele zorgverzekeraars begonnen rond die tijd onderzoek te doen, nadat cliënten van een tweede zorgverlener plotseling allemaal overstapten naar een derde en vierde. Ze toonden fraude aan en dat leidde tot enkele geïsoleerde terugvorderingen.

Casus F – Een thuiszorgorganisatie die alleen pgb-zorg levert
Over een thuiszorgorganisatie in het westen van Nederland kwamen tussen 2016 en 2020 bij het IKZ 5 verschillende signalen binnen over mogelijke zorgfraude. Het ging om een aanbieder die zorg levert via Wmo, Zvw en Wlz, allemaal met persoonsgebonden budgetten (pgb's).

Belastende informatie kwam vooral van de gemeente waarin de organisatie was gevestigd. De regionale GGD had als toezichthouder Wmo een onderzoek gedaan naar de aanbieder en op grond daarvan zette de gemeente alle pgb's stop. Na advies van de VNG en IGJ stelde de gemeente een rechtmatigheidsonderzoek in waarbij in 2019 fraude werd aangetoond. Dat leidde een jaar later tot een claim van de gemeente van meer dan € 100.000.

Any questions?



Algemene
Rekenkamer



@rekenkamer



algemene-rekenkamer



rekenkamer

Contact:

j.alberts@rekenkamer.nl