



Algemeen en Specifiek Controleplan Materiële Controle 2023

Zorgkantoor DSW

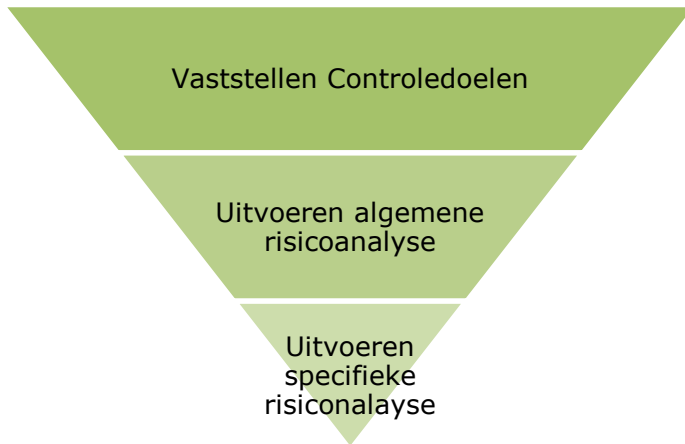
December 2022

Inhoud

INLEIDING	2
1. WETTELIJK KADER.....	2
1.1 Regeling langdurige zorg (Rlz)	3
1.2 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)	4
1.3 Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).....	4
1.4 Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders	5
2. AANPAK MATERIËLE CONTROLE.....	6
2.1 Objecten van de materiële controle	6
2.2 Controledoelen.....	6
2.3 Controle-instrument	6
2.4 Controleproces.....	6
2.4.1 Stap 1: Vaststellen controledoelen	7
2.4.2 Stap 2: Uitvoeren algemene risicoanalyse	7
2.4.3 Stap 3: Uitvoeren specifieke risicoanalyse	8
3. KEUZE VORM DETAILCONTROLE	9
4. AANPAK VRAGENLIJST EN DOSSIERONDERZOEK	10
4.1 Aanpak vragenlijst.....	10
4.1.1 Stap 1: Versturen vragenlijsten	10
4.1.2 Stap 2: Opstellen rapport uitkomst vragenlijst	10
4.1.3 Stap 3: Bepalen gevolgen uitkomsten	11
4.1.4 Stap 4: Informeren zorgaanbieder over uitkomst	11
4.1.5 Stap 5: Opvolging uitkomst vragenlijst	12
4.2 Aanpak dossieronderzoek	13
4.2.1 Stap 1: Aankondigen dossieronderzoek en selecteren dossiers.....	13
4.2.2 Stap 2: Uitvoeren dossieronderzoek	13
4.2.3 Stap 3: Opstellen rapport uitkomst dossieronderzoek	14
4.2.4 Stap 4: Bepalen gevolgen controle-uitkomsten	15
4.2.5 Stap 5: Informeren zorgaanbieder over uitkomst dossieronderzoek	16
4.2.6 Stap 6: Opvolging uitkomst detailcontrole	16
5. EVALUATIE	17
6. FRAUDE.....	17
Bijlage 1 Overzicht van de wijzigingen ten opzichte van de Controleplannen van voorgaand jaar	18
Bijlage 2 Onderbouwing van de gehanteerde aantallen en percentages	19

INLEIDING

Op grond van de artikelen 7.2 tot en met 7.9 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) en artikel 5 en artikel 7.6 van de Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders is het zorgkantoor gehouden om een materiële controle uit te voeren. Figuur 1 geeft de controle-opzet van Zorgkantoor DSW weer.



Figuur 1 Controle-opzet materiële controle

In dit controleplan wordt het hele proces van de vaststelling tot de controledoelen tot de uitvoering van de algemene en specifieke risicoanalyse beschreven. Ook de werkwijze bij de inzet van de vragenlijsten of de detailcontrole zijn opgenomen in het controleplan. Het controleplan eindigt met de beschrijving van de evaluatie en de betrokkenheid van het fraudeteam.

1. WETTELIJK KADER

Volgens de Wlz is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de administratie van de zorg en het verstrekken van het persoonsgebonden budget (pgb) aan de inwoners in de desbetreffende zorgkantoorregio, ongeacht bij welke Wlz-uitvoerder de inwoners zijn ingeschreven. Wij zijn door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen als zorgkantoor voor de regio Westland Schieland Delfland (WSD).

Daarnaast is in de Wlz beschreven dat een Wlz-uitvoerder een zorgplicht heeft voor de eigen verzekerden. Deze plicht bestaat uit het contracteren van zorg voor deze verzekerden. Aangezien verzekerden van een Wlz-uitvoerder verspreid wonen over Nederland, hebben de Wlz-uitvoerders besloten om de uitvoering van deze plicht te beleggen bij de zorgkantoren via een Mandaat- en volmachtverleningsovereenkomst. Als gevolg hiervan zijn wij als Zorgkantoor DSW gemachtigd om de taken die behoren bij de zorgplicht van alle Wlz-uitvoerders in de regio WSD uit te voeren.

Voor het uitvoeren van een materiële controle zijn de volgende (wettelijke) regelingen van belang:

- Wet langdurige zorg (Wlz);
- Regeling langdurige zorg (Rlz);
- Besluit langdurige zorg;
- Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

- Algemene verordening gegevensbescherming;
- Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders;
- de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars met bijbehorend Protocol Materiële Controle.

Daarnaast vormt de overeenkomst tussen het zorgkantoor en de zorgaanbieder de juridische basis voor het uitvoeren van controles.

1.1 Regeling langdurige zorg (Rlz)

In artikel 7.1 van de Rlz staat dat een Wlz-uitvoerder persoonsgegevens van de verzekerde, waaronder persoonsgegevens betreffende de gezondheid als bedoeld in artikel 22 van de AVG, mag gebruiken voor het verrichten van een materiële controle. Het kan voor een Wlz-uitvoerder noodzakelijk zijn om medische persoonsgegevens op te vragen bij een zorgaanbieder. Op grond van artikel 7.3 lid 2 van de Rlz is de zorgaanbieder verplicht om mee te werken aan een materiële controle, wanneer de Wlz-uitvoerder voldoet aan de randvoorwaarden en eisen uit de artikelen 7.4 tot en met 7.9 van de Rlz.

Artikel 7.2 van de Rlz beschrijft drie vormen van controles die een Wlz-uitvoerder uitvoert:

- *Formele controle*

In de Rlz wordt een formele controle als volgt omschreven:

Een onderzoek waarbij de Wlz-uitvoerder nagaat of het tarief dat door een zorgaanbieder voor een prestatie in rekening is gebracht:

- 1. een prestatie betreft, welke is geleverd aan een bij die Wlz-uitvoerder verzekerde persoon;*
- 2. een prestatie betreft, welke behoort tot het verzekerde pakket van die persoon;*
- 3. een prestatie betreft, tot levering waarvan de zorgaanbieder bevoegd is; en*
- 4. het tarief betreft, dat voor die prestatie krachtens de Wmg is vastgesteld of een tarief is dat, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens die wet, voor die prestatie met de zorgaanbieder is overeengekomen.*

Bij ons zorgkantoor wordt de formele controles hoofdzakelijk uitgevoerd via ingerichte application controls in de administratieve systemen. Daarnaast voeren wij, indien nodig, enkele (handmatige) controles achteraf uit.

- *Materiële controle*

In de Rlz wordt een materiële controle omschreven als:

Een onderzoek waarbij de Wlz-uitvoerder nagaat of de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie is geleverd en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde.

Uit de omschrijving van de materiële controle in de Rlz hebben wij de controledoelen afgeleid die in paragraaf 2.4.1 van het controleplan 2023 zijn opgenomen.

- *Detailcontrole*

Deze controle wordt in de RIz omschreven als:

Een onderzoek door de Wlz-uitvoerder naar bij de zorgaanbieder berustende persoonsgegevens met betrekking tot eigen verzekerden ten behoeve van materiële controle.

In hoofdstuk 4 van het controleplan is de uitwerking van de detailcontrole opgenomen.

De mogelijkheid voor het uitzetten van enquêteformulieren om een controle uit te voeren, wordt beschreven in artikel 7.5 van de RIz. Wij hebben deze manier van controleren uitgeschreven onder paragraaf 4.1.

De uitwerking van de randvoorwaarden en eisen uit de artikelen 7.4 tot en met 7.9 van de RIz voor het uitvoeren van een materiële controle zijn door ons uitgewerkt in dit controleplan 2023.

1.2 Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)

In artikel 36 van de Wmg is vastgelegd dat zorgaanbieders en Wlz-uitvoerders een administratie moeten voeren, waarin in ieder geval de volgende items zijn vastgelegd:

- de overeengekomen en geleverde prestaties;
- de periode wanneer de prestaties zijn geleverd;
- aan welke verzekerde die prestatie is geleverd;
- de in rekening gebrachte tarieven en;
- de betalingen of vergoedingen.

Van deze gegevens maken wij gebruik bij de detailcontrole. De wijze waarop wij omgaan met de gegevens is beschreven in dit controleplan.

1.3 Algemene verordening gegevensbescherming (AVG)

De AVG borgt dat zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgkantoren zorgvuldig omgaan met persoonsgegevens, waaronder ook de gegevens van en over iemands gezondheid vallen. Verder is in de landelijke 'Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars' vastgelegd op welke manier zorgverzekeraars, Wlz-uitvoerders en zorgkantoren omgaan in de verschillende processen met privacygegevens. Ook in de arbeidsovereenkomst van Zorgkantoor DSW is opgenomen dat medewerkers een geheimhoudingsplicht hebben ten aanzien van het gebruik van (privacygevoelige) persoonsgegevens.

Een medisch adviseur heeft vanuit zijn professie een geheimhoudingsplicht. Deze geheimhoudingsplicht is geregeld in artikel 88 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. Onder de verantwoordelijkheid van deze adviseur heeft het zorgkantoor een functionele eenheid ingericht om te borgen dat de medewerkers van Zorgkantoor DSW zorgvuldig omgaan met privacygevoelige gegevens.

De medewerkers die binnen het zorgkantoor verantwoordelijk zijn voor de materiële controle en dus te maken kunnen krijgen met tot de verzekerde herleidbare gezondheidsgegevens, behoren tot de functionele eenheid. Daarmee hebben de medewerkers een afgeleide geheimhoudingsplicht ten aanzien van privacygevoelige gegevens die hij/zij in het kader van de uitvoering van de materiële controle onder ogen

kan krijgen. Aan de medewerkers buiten de functionele eenheid worden, indien nodig, alleen de conclusies op geaggregeerd niveau zonder gezondheidsgegevens verstrekt.

Wij vragen voor het uitvoeren van een materiële controle alleen die persoonsgegevens op die noodzakelijk zijn voor de controle. Dit betekent dat wij geen zwaarder middel inzet dan nodig om het controledoel te bereiken (proportionaliteit), en dat de persoonsgegevens slechts worden gebruikt als het controledoel alleen op deze wijze kan worden bereikt (subsidiariteit). De persoonsgegevens worden niet voor andere doeleinden gebruikt.

1.4 Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders

In de artikelen 7 tot en met 9 van de Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders en in het bijzonder de artikelen 7.6 en 8.3, zijn bepalingen over de controleaanpak, de uitvoering van controles en de vervolgacties en evaluatie opgenomen. Deze bepalingen zijn gebruikt voor het opstellen van dit controleplan.

Wij voldoen aan de eisen van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid uit de Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders voor wat betreft de materiële controle. Dit wordt als volgt, in willekeurige volgorde, onderbouwd:

- Indicaties worden afgegeven door een onafhankelijke instantie, het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het zorgkantoor toetst de gedeclareerde zorg aan de afgegeven indicatie, waarbij aandacht wordt gegeven aan het risico voor upcoding door het toetsen op passende zorg en doelmatigheid.
- De controles van de declaratieberichten vinden voor het overgrote deel plaats door geautomatiseerde controles in de systemen van het zorgkantoor. De registratieregels zijn als niet-complex aan te merken.
- Er is sprake van een afgesproken budget met zorgaanbieders op basis van capaciteit, huidige bezetting, huidige realisatie en/of indicaties. Het zorgkantoor monitort de uitnutting van het budget gedurende het jaar aan de hand van een productiemonitor.
- De accountants van zorgaanbieders toetsen de feitelijke levering van zorg bij de nacalculatie. In de afgelopen jaren heeft het zorgkantoor geen nacalculaties met bijbehorende accountantsverklaring ontvangen waarin mogelijke aanwijzingen van niet geleverde zorg zijn geconstateerd door de accountant.
- De materiële controle is gebaseerd op een algemene en specifieke risicoanalyse. Benchmarking, spiegelinformatie en onderzoeksresultaten uit eerdere jaren maken onderdeel uit van de risicoanalyse. Daarnaast wordt rekening gehouden met de verhouding gecontracteerde Wlz-zorg/overige zorgkosten in relatie tot omvang van deze stromen in de financiële verantwoording. Tot slot zijn de specifieke risico's voor de gecontracteerde zorg in de risicoanalyses opgenomen.
- Het zorgkantoor voert een detailcontrole uit als op grond van de uitkomsten van de specifieke risicoanalyse niet kan worden vastgesteld dat de zorgaanbieder voldoet aan de controledoelen.
- De uitkomsten van in voorgaande jaren uitgevoerde materiële controles worden opgevolgd en verwerkt in de administratie. Eventueel nog niet opgevolgde uitkomsten worden opgenomen in een fouten- en onzekerhedentabel.
- De feitelijke levering van (passende) zorg maakt onderdeel uit van de controledoelen van het zorgkantoor. Daarnaast monitort het zorgkantoor op de feitelijke levering van (passende) zorg door klachten of signalen van verzekerden.

2. AANPAK MATERIËLE CONTROLE

2.1 Objecten van de materiële controle

De objecten van dit controleplan zijn alle zorgprestaties die door de gecontracteerde Wlz-aanbieders gedeclareerd worden. Hierbij beschouwen wij mondzorg, die wordt geleverd door een tandarts of mondhygiënist, als reguliere zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder. Hetzelfde geldt voor de zorg door een onderaannemer. Deze zorg beschouwen wij als reguliere zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder.

Sinds 2014 worden voor de zorgprestaties VV1 tot en met VV3, VG 1, VG2, LG1 en LG3 geen Wlz-indicatie meer afgegeven door het CIZ. Het gevolg hiervan is dat het aandeel van deze zorgprestaties de afgelopen jaren steeds verder is afgenomen. Over 2022 ligt het aandeel ten opzichte van het totaal aan gedeclareerde zorg onder de 0,1%. Gezien het geringe aandeel zijn de declaraties van de betreffende zorgprestaties buiten beschouwing gelaten.

Zorgaanbieders in de regio WSD die door een ander zorgkantoor gecontracteerd zijn, blijven buiten beschouwing. De materiële controle van deze aanbieders valt onder de verantwoordelijkheid van het zorgkantoor waar de betreffende aanbieder gecontracteerd is. Ook het pgb blijft buiten beschouwing.

2.2 Controledoelen

Het doel van de materiële controle is het verkrijgen van voldoende zekerheid dat de gecontracteerde zorgaanbieder de Wlz-middelen goed besteedt. Hierbij stellen wij, in lijn met artikel 7.2 en 7.5 van de Rlz, de volgende controledoelen centraal:

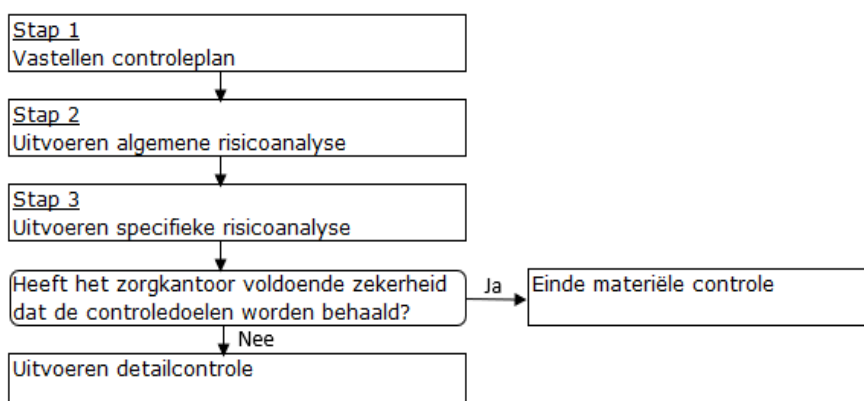
1. De gedeclareerde zorg is geleverd aan de verzekerde.
2. De gedeclareerde zorg is voor de verzekerde gezien de gezondheidstoestand het meest passend.

2.3 Controle-instrument

Wij zetten bij een materiële controle altijd een algemene risicoanalyse en een specifieke risicoanalyse in om vast te stellen of de controledoelen behaald zijn. Als bij de specifieke risicoanalyse niet vastgesteld kan worden of de controledoelen zijn behaald, dan voeren wij een detailcontrole uit.

2.4 Controleproces

Bij de materiële controle doorlopen wij altijd de volgende stappen:



Er zijn echter situaties denkbaar waarbij wij, op grond van ontvangen signalen, een detailcontrole willen uitvoeren ongeacht de uitkomst van de materiële controle. Daarom behouden wij ons het recht voor om af te wijken van de uitkomst van het controleproces en alsnog een detailcontrole uit te voeren. De invulling van deze controle verloopt conform de beschreven werkwijze in hoofdstuk 4 en verder.

2.4.1 Stap 1: Vaststellen controledoelen

Het doel van de materiële controle is het verkrijgen van voldoende zekerheid dat de gecontracteerde zorgaanbieder de Wlz-middelen goed besteedt. Hierbij stellen wij, in lijn met artikel 7.2 en 7.5 van de Rlz, de volgende controledoelen centraal:

1. De gedeclareerde zorg is geleverd aan de verzekerde.
2. De gedeclareerde zorg is voor de verzekerde gezien diens gezondheidstoestand het meest passend.

2.4.2 Stap 2: Uitvoeren algemene risicoanalyse

In de algemene risicoanalyse staan de goedgekeurde gedeclareerde zorgprestaties van de gecontracteerde zorgaanbieders centraal.

In de NZa-beleidsregels 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2023 (BR/REG-23121a) en 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2023 (BR/REG-23122a) zijn ruim 500 unieke prestaties beschreven. Wij hebben ervoor gekozen deze in ongeveer 40 prestatiecategorieën in te delen.

Per prestatiecategorie schatten wij, aan de hand van risico-indicatoren, in hoe groot het risico is op het niet behalen van de vastgestelde controledoelen. Het ingeschatte risico wordt uitgedrukt in: hoog (5), midden (3) of laag (1). In onderstaande tabel zijn de algemene risico-indicatoren 2023 weergegeven.

Risico-indicator algemene risicoanalyse	Reden risico-indicator	Bron
Gedeclareerd bedrag en gedeclareerd aantal per prestatiecategorie	De hoogte van het gedeclareerd bedrag of de gedeclareerde aantallen kunnen een risico vormen voor het behalen van de controledoelen.	Productiemonitor
Aantal unieke aanbieders per prestatiecategorie	Het is risico op het financieren van niet-geleverde zorg is voor ons kleiner wanneer de prestatiecategorie door meerdere gecontracteerde zorgaanbieders wordt geleverd.	Productiemonitor
Aantal gedeclareerde prestatiecodes per prestatiecategorie	De omvang van de gedeclareerde prestatiecodes per categorie kunnen een risico vormen voor het behalen van de controledoelen	Productiemonitor
Toevoeging nieuwe code aan de prestatiecategorie	De toevoeging van nieuwe codes aan een prestatiecategorie kan zorgen voor een verschuiving of een toename van de declaraties. Dit is voor ons een risico.	Productiemonitor

Signalen van Relatiebeheer, team Zorgregistratie en Zorgbemiddeling, de Medisch Adviseurs en de afdeling BO	Signalen over het niet of gedeeltelijk ontvangen van zorg uit eenzelfde prestatiecategorie kunnen een risico vormen voor het behalen van de controledoelen. Overigens worden alle signalen individueel opgevolgd.	Ontvangen signalen over de prestatiecategorie door de betreffende teams
Prestatiecategorie eerder gecontroleerd	Als wij de prestatiecategorie niet de afgelopen twee jaar gecontroleerd hebben is dat voor ons een risico. ¹	Risicoanalyse voorgaande 2 jaar

De prestatiecategorie met de hoogste score wordt gecontroleerd.

2.4.3 Stap 3: Uitvoeren specifieke risicoanalyse

In de specifieke risicoanalyse staan de gecontracteerde zorgaanbieders centraal die de prestaties uit de geselecteerde prestatiecategorie declareren.

Met behulp van de specifieke risicoanalyse schatten wij in hoe groot het risico is dat de gecontracteerde zorgaanbieder de vastgestelde controledoelen niet behaald. Het ingeschatte risico wordt uitgedrukt in: hoog (5), midden (3) of laag (1). In onderstaande tabel zijn de specifieke risico-indicatoren 2023 weergegeven.

Risico-indicator specifieke risicoanalyse	Reden risico-indicator	Bron
Declaratie prestatiecategorie	Wanneer zorgaanbieders de geselecteerde prestatiecategorie niet leveren, is het risico voor ons op het niet behalen van de controledoelen nihil.	Productiemonitor
Aandeel zorgaanbieder prestatiecategorie	De grootte van het aandeel in aantallen en in bedrag binnen de prestatiecategorie kunnen een risico vormen voor het behalen van de controledoelen.	Productiemonitor
Openstaande vacatures, ziekteverzuim en verloop personeel	Het aantal openstaande vacatures, de hoogte van het ziekteverzuim en de snelheid van het personeelsverloop kunnen effect hebben op de levering en passendheid van de zorg. Daarom vormen deze indicatoren voor ons een risico voor het behalen van de controledoelen.	DigiMV Kerngegevens op www.desan.nl
Declaratiebericht	De tijdigheid van het declaratiebericht en de afkeur van de declaratieregels kunnen effect hebben op de levering van zorg. Daarom zien wij deze indicatoren als een mogelijk risico voor het behalen van de controledoelen.	Rapportage over aanlevering en afkeur

¹ De opzet van de risicoanalyse is voor 2023 vernieuwd. Daarom zal dit risico voor elke prestatiecategorie "hoog" scoren.

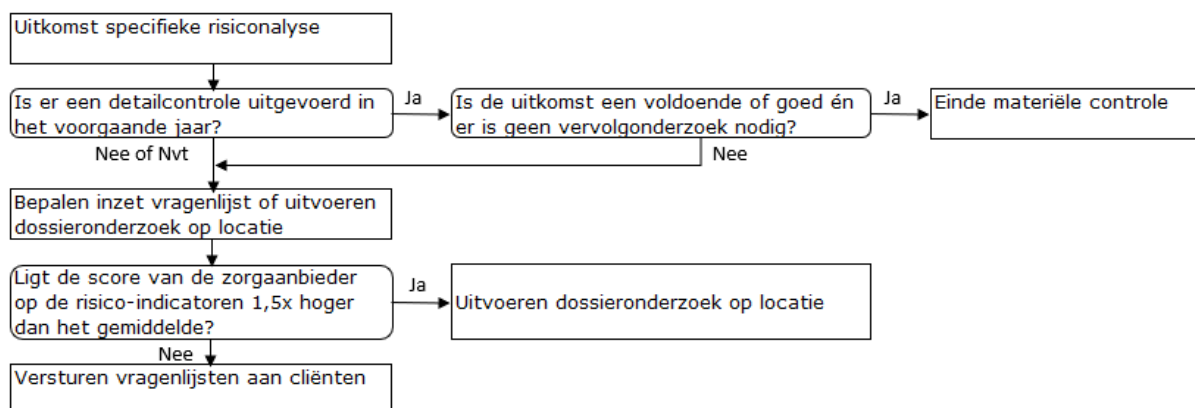
iWlz-meldingen	De tijdigheid waarmee de zorgaanbieder iWlz-meldingen aan ons doorgeeft kan effect hebben op het behalen van de controledoelen. Daarom is dit voor ons een risico.	Managementrapportages van de zorgaanbieders
De signalen van Relatiebeheer, team Zorgregistratie en Zorgbemiddeling, de Medisch Adviseurs en de afdeling BO	Ontvangen signalen over gecontracteerde zorgaanbieders kunnen voor ons een signaal zijn voor het niet behalen van de controledoelen. Daarom is deze indicator opgenomen in de specifieke risicoanalyse. Overigens worden alle signalen individueel opgevolgd.	Ontvangen signalen over de zorgaanbieder door de betreffende teams
De door het zorgkantoor ontvangen klachten over de zorgverlening van de aanbieder	Klachten zijn voor ons een manier om de levering van zorg bij de zorgaanbieder te monitoren. Daarom is dit voor ons een risico.	Klachtenregistratie van het zorgkantoor

Bij de specifieke risicoanalyse wordt een gemiddelde bepaald aan de hand van de uitkomst van de zorgaanbieders op de verschillende risico-indicatoren. Het gemiddelde wordt jaarlijks opnieuw bepaald.

Voor zorgaanbieders die lager dan het gemiddelde of gemiddeld scoren, is de materiële controle afgerond. Bij de zorgaanbieders die hoger dan het gemiddelde scoren voeren wij een detailcontrole uit.

3. KEUZE VORM DETAILCONTROLE

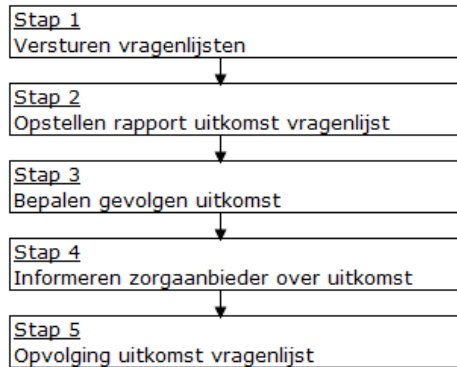
Binnen de detailcontrole kennen wij twee vormen van controle, namelijk de vragenlijst en het dossieronderzoek op locatie. Welk vorm wordt ingezet om de controledoelen te toetsen, wordt per zorgaanbieder bepaald. Hierbij hanteren wij het volgende stroomschema:



4. AANPAK VRAGENLIJST EN DOSSIERONDERZOEK

4.1 Aanpak vragenlijst

Bij het inzetten van de vragenlijst als controlemiddel doorlopen wij de volgende stappen:



4.1.1 Stap 1: Versturen vragenlijsten

Voor het versturen van de vragenlijst selecteren wij een aantal unieke cliënten die de prestaties uit de prestatiecategorie ontvangen. De selectie is afkomstig uit het meest recent ontvangen en gecontroleerde declaratiebestand van de betreffende zorgaanbieder. Het uitgangspunt is dat de respons minimaal 10% van het aantal unieke cliënten is. De cliënten krijgen drie weken de tijd om de vragenlijst te retourneren.

Voor het opstellen van een rapport willen wij minimaal tien vragenlijsten retour ontvangen hebben, waarbij de vraag 'Kunt u kort beschrijven hoe de zorg eruit ziet?' beantwoord is. Als er onvoldoende vragenlijsten retour zijn ontvangen dan wordt het aantal verstuurd vragenlijsten uitgebreid.

4.1.2 Stap 2: Opstellen rapport uitkomst vragenlijst

Aan de hand van de retour ontvangen vragenlijsten stellen wij een conceptrapport op. Hierin geven wij aan of er met voldoende zekerheid vastgesteld kan worden of de gecontracteerde aanbieder de Wlz-middelen goed heeft besteed. Ook nemen wij eventuele verbeterpunten op in het rapport.

Ondanks dat het conceptrapport is gebaseerd op de individuele retour ontvangen vragenlijsten, wordt het rapport zodanig opgesteld dat de gegevens niet herleidbaar tot de individuele cliënten.

Per vraag uit de vragenlijst formuleren wij een oordeel. Het oordeel kan zijn:

- Goed De zorgaanbieder scoort 'goed' als de score van de vraag groter dan of gelijk is aan 80%.
- Voldoende De zorgaanbieder scoort 'voldoende' als de score van de vraag tussen de 60% en 80% ligt.
- Onvoldoende De zorgaanbieder scoort 'onvoldoende' als de score van de vraag kleiner dan of gelijk is aan 60%.

Op basis van de oordelen per vraag wordt het eindoordeel bepaald. Ook het eindoordeel kent de scores 'goed', 'voldoende' en 'onvoldoende'. Wanneer de zorgaanbieder op één van de afzonderlijke vragen een 'onvoldoende' scoort, is het eindoordeel nooit hoger dan 'voldoende'.

Wij formuleren verbeterpunten als een vraag binnen een controle-item onder de 80% scoort. Op deze wijze stimuleert en bevordert het zorgkantoor een goede inzet van de Wlz-middelen.

4.1.3 Stap 3: Bepalen gevolgen uitkomsten

Bij twee of meer verbeterpunten in het rapport moet de zorgaanbieder een verbeterplan opstellen. In het plan moeten per verbeterpunt de volgende elementen opgenomen zijn:

- welke resultaten de aanbieder wil bereiken (doel, beoogde effecten);
- welke activiteiten de aanbieder hiervoor inzet;
- op welke wijze de activiteiten worden geïmplementeerd;
- wie waarvoor verantwoordelijk is;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Bij het eindoordeel 'onvoldoende' leggen wij minimaal de volgende sancties op:

- het opstellen van een verbeterplan om verbeteringen te realiseren voor de geconstateerde verbeterpunten (de criteria voor dit plan zijn beschreven in de voorgaande alinea);
- het uitvoeren van een vervolgonderzoek in de vorm van een dossieronderzoek in jaar t+1, zoals omschreven in paragraaf 4.2.

Daarnaast kunnen wij, ongeacht het eindoordeel op grond van de uitkomsten van de vragenlijsten, het aantal sancties uitbreiden. Hierbij heeft hebben wij de keuze uit (in willekeurige volgorde):

- het uitdelen van een waarschuwing;
- het maken van een (werk)afspraken;
- het aanpassen of beëindigen van de overeenkomst;
- het terugvorderen van budget door middel van het neerwaarts bijstellen van de gedeclareerde productie;
- het uitvoeren van een vervolgonderzoek in de vorm van een dossieronderzoek;
- het informeren van de IGZ;
- het indienen van een klacht bij de tuchtrechter.

De uiteindelijk op te leggen sancties worden opgenomen in het rapport.

4.1.4 Stap 4: Informeren zorgaanbieder over uitkomst

Het conceptrapport met het oordeel per vraag uit de vragenlijst, het eindoordeel, de eventuele verbeterpunten en/of sancties wordt voorgelegd aan de gecontroleerde zorgaanbieder. De begeleidende brief bij het conceptrapport wordt ondertekend door de Manager Zorg van het zorgkantoor.

De zorgaanbieder krijgt twee weken de tijd om op het conceptrapport te reageren. Afhankelijk van de reactie van de aanbieder wordt het conceptrapport:

- definitief vastgesteld;
- aangepast en definitief vastgesteld (in deze situatie kunnen na overleg de wijzigingen en/of aanvullingen worden verwerkt in het rapport).

Het definitieve rapport versturen wij aan de zorgaanbieder. De bijbehorende begeleidende brief wordt ondertekend door de Manager Zorg.

Intern worden de relatiebeheerder van de betreffende zorgaanbieder en de Manager Zorg geïnformeerd over het definitieve uitkomst.

Wanneer de zorgaanbieder niet binnen twee weken op het conceptrapport reageert, wordt deze aangeschreven met het verzoek alsnog te reageren. Blijft een reactie uit, dan stellen wij het rapport twee weken na het rappel definitief vast en melden dit aan de aanbieder. Daarnaast kunnen we ervoor kiezen om de cliëntenraad en de Raad van Toezicht van de betreffende zorgaanbieder op de hoogte te stellen dat het (dagelijks) bestuur niet heeft gereageerd op het conceptrapport.

Als het zorgkantoor en de aanbieder niet tot overeenstemming komen over het conceptrapport, dan schakelen wij op kosten van de aanbieder een onafhankelijke derde partij (een accountant) in die de situatie beoordeelt. Zowel het zorgkantoor als de zorgaanbieder is gehouden aan de uitspraak van deze derde partij.

4.1.5 Stap 5: Opvolging uitkomst vragenlijst

De zorgaanbieder moet binnen zes weken na definitieve vaststelling van het rapport een verbeterplan bij ons indienen, als wij de sanctie 'het opstellen van een verbeterplan' hebben opgelegd.

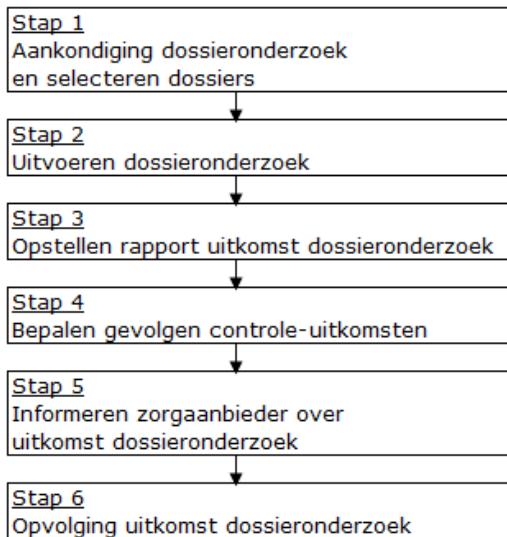
Als wij het plan na zes weken niet hebben ontvangen, wordt de aanbieder aangeschreven met het verzoek het verbeterplan alsnog toe te sturen. Blijft de reactie op het rappel uit dan kunnen wij de cliëntenraad en de Raad van Toezicht van de betreffende zorgaanbieder op de hoogte te stellen van het feit dat het (dagelijks) bestuur niet heeft gereageerd.

Tijdens het eerstvolgende reguliere overleg met de zorgaanbieder bespreken wij het definitieve rapport en het eventuele verbeterplan of er wordt een separaat overleg voor gepland. Tijdens het overleg worden de uitkomsten van het rapport, de eventueel opgelegde sancties en de voortgang van het verbeterplan besproken. Eventuele afspraken hieromtrent worden vastgelegd in het addendum bij de overeenkomst.

Bij de sanctie 'het uitvoeren van een vervolgonderzoek in de vorm van een dossieronderzoek' beoordelen wij bij het onderzoek op locatie in het daaropvolgende jaar of de acties uit het verbeterplan zijn ingezet of dat de acties hebben geleid tot een definitieve verbetering.

4.2 Aanpak dossieronderzoek

Bij het dossieronderzoek doorlopen wij de volgende stappen:



4.2.1 Stap 1: Aankondigen dossieronderzoek en selecteren dossiers

Wij kondigen het dossieronderzoek uiterlijk zes weken voor de feitelijke controledatum schriftelijk aan bij de aanbieder. Hierbij meldt het zorgkantoor aan de aanbieder:

- de aanleiding en het doel van het onderzoek;
- de opzet van het dossieronderzoek;
- de benodigde gegevens en de te interviewen personen (personeel van de zorgaanbieder en één of meerdere cliënten);
- de waarborgen in het kader van de privacy;
- de termijn waarbinnen de zorgaanbieder de deelwaarnemingen ontvangt van het zorgkantoor;
- de termijn waarbinnen de bevindingen en mogelijke gevolgen kenbaar gemaakt worden.

De aankondigingsbrief wordt ondertekend door de Manager Zorg van het zorgkantoor.

Tenminste vijf werkdagen voor de onderzoeksdatum ontvangt de zorgaanbieder een lijst met namen van cliënten. Op de dag van het onderzoek willen wij de dossiers van de betreffende cliënten inzien.

Per aanbieder selecteren wij een aantal unieke cliënten op basis van het meest recent ontvangen en gecontroleerde declaratiebestand van de betreffende zorgaanbieder. De selectie is dat de omvang van het aantal te controleren dossiers is gebaseerd op 10% van het aantal unieke cliënten die de prestaties uit de prestatiecategorie ontvangen. Hierbij hanteren wij een minimum van vijf dossiers en een maximum van tien dossiers.

4.2.2 Stap 2: Uitvoeren dossieronderzoek

Het dossieronderzoek wordt uitgevoerd door een medisch adviseur en een medewerker van het zorgkantoor op locatie bij de zorgaanbieder. De dossiers worden door de medisch adviseur (medisch) inhoudelijk beoordeeld. Voor de medewerker geldt dat deze enkel een ondersteunende rol heeft en geen medisch inhoudelijke beoordeling omtrent de dossiers uitvoert.

In het kader van functiescheiding is de relatiebeheerder niet betrokken bij de uitvoering van de controle.

Tijdens het onderzoek op locatie worden de dossiers aan de hand van een checklist met verschillende controle-items bekeken. De inzage in een (medisch) dossier door de medisch adviseur blijft beperkt tot die informatie die noodzakelijk is voor het dossieronderzoek. De medisch adviseur zal dus alleen die gegevens raadplegen, die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van zijn/haar taak.

Naast het onderzoek van de dossiers spreekt het zorgkantoor met medewerkers van de zorgaanbieder die de zorg aan de cliënten leveren. Voor deze gesprekken gebruiken wij een vragenlijst.

Tot slot voeren wij tijdens het onderzoek een gesprek met één of meerdere cliënten die zorg ontvangen van of bij de geselecteerde aanbieder. Hiervoor gebruikt het zorgkantoor een vragenlijst. Aan het gesprek met de cliënt stellen wij de volgende randvoorwaarden:

- de aanbieder moet er voor zorgen dat het dossier van de cliënt met wie het gesprek wordt gevoerd, beschikbaar is voor het zorgkantoor;
- de cliënt moet op de dag van het onderzoek recent zorg hebben ontvangen;
- de aanbieder niet aanwezig is bij het gesprek met de cliënt(en).

Op grond van een eerste inschatting van de bevindingen kunnen wij besluiten om het aantal te controleren dossiers verder uit te breiden of verder onderzoek uit te voeren door het versturen van vragenlijsten aan cliënten.

4.2.3 Stap 3: Opstellen rapport uitkomst dossieronderzoek

Aan de hand van alle informatie die wij tijdens het onderzoek op locatie hebben verzameld, stellen wij uiterlijk zes weken na de onderzoeksdag een conceptrapport op. Hierin geven wij aan of er met voldoende zekerheid kan worden vastgesteld of de gecontracteerde aanbieder de Wlz-middelen goed heeft besteed. Daarnaast nemen wij eventuele verbeterpunten op in het rapport.

Ondanks dat het conceptrapport is gebaseerd op de gecontroleerde individuele dossiers, wordt het rapport zodanig opgesteld dat de gegevens niet herleidbaar tot de individuele cliënten. Daarnaast verstrekt de medisch adviseur slechts informatie aan het zorgkantoor die strikt noodzakelijk is voor het conceptrapport van het dossieronderzoek. De persoonsgegevens betreffende iemands gezondheid geeft de medisch adviseur niet ter inzage.

Per controle-item uit de checklist voor de dossiers formuleren wij een oordeel. Het oordeel kan zijn:

- Goed De zorgaanbieder scoort 'goed' als de totaalscore van het controle-item groter dan of gelijk is aan 80% van de maximale score.
- Voldoende De zorgaanbieder scoort 'voldoende' als de totaalscore van het controle-item tussen de 60% en 80% van de maximale score ligt.
- Onvoldoende De zorgaanbieder scoort 'onvoldoende' als de totaalscore van het controle-item kleiner dan of gelijk is aan 60% van de maximale score.

Daarnaast moet de gecontroleerde zorgaanbieder op de volgende vragen minimaal 'voldoende' scoren:

- a. 'Blijkt uit het dossier dat het zorgplan is besproken met de cliënt/vertegenwoordiger?' (vraag behoort bij controle-item Zorgplan);
- b. 'Komt de gedeclareerde zorg overeen met de geleverde zorg?' (vraag behoort bij controle-item Prestatie);
- c. 'Is de invulling van de zorgverlening passend voor de cliënt?' (vraag behoort bij controle-item Prestatie);
- d. Indien van toepassing: 'Komt de gedeclareerde daginvulling overeen met de geleverde daginvulling?' (vraag behoort bij controle-item Daginvulling).
- e. Indien van toepassing: 'Is de daginvulling passend voor de cliënt?' (vraag behoort bij controle-item Daginvulling).

Als de score 'onvoldoende' is, is het oordeel van het betreffende controle-item nooit hoger dan 'voldoende'.

Wij formuleren verbeterpunten als een vraag binnen een controle-item onder de 80% scoort. Op deze wijze stimuleren en bevorderen wij een goede inzet van de Wlz-middelen.

Op basis van de oordelen per controle-item, de gesprekken met de medewerkers en de cliënt(en) van de zorgaanbieder bepalen wij het eindoordeel. Dit oordeel kan zijn:

- Goed De zorgaanbieder scoort 'goed' als de totaalscore van de aanbieder groter dan of gelijk is aan 80% van de maximale score.
- Voldoende De zorgaanbieder scoort 'voldoende' als de totaalscore van de aanbieder tussen de 60% en 80% van de maximale score ligt.
- Onvoldoende De zorgaanbieder scoort 'onvoldoende' als de totaalscore van de aanbieder kleiner dan of gelijk is aan 60% van de maximale score.

Wanneer de zorgaanbieder op één van de afzonderlijke controle-items een 'onvoldoende' scoort, is het eindoordeel nooit hoger dan 'voldoende'.

4.2.4 Stap 4: Bepalen gevolgen controle-uitkomsten

Bij vier of meer verbeterpunten in het rapport moet de gecontroleerde zorgaanbieder een verbeterplan opstellen. In het plan moeten per verbeterpunt de volgende elementen opgenomen zijn:

- welke resultaten de aanbieder wil bereiken (doel, beoogde effecten);
- welke activiteiten de aanbieder hiervoor inzet;
- op welke wijze de activiteiten worden geïmplementeerd;
- wie waarvoor verantwoordelijk is;
- wanneer is of wordt begonnen en wanneer wordt afgerond (planning).

Bij het eindoordeel 'onvoldoende' of als blijkt dat een zorgaanbieder 'onvoldoende' scoort op de vragen 'Past de invulling van de zorgverlening en/of de daginvulling uit het dossier binnen met de indicatie?' en/of 'Is de invulling van de zorgverlening en/of de daginvulling passend voor de cliënt?' leggen wij minimaal de volgende sancties op:

- het opstellen van een verbeterplan om verbeteringen te realiseren voor de geconstateerde verbeterpunten (de criteria voor dit plan zijn beschreven in de voorgaande alinea);
- het uitvoeren van een vervolgonderzoek in jaar t+1.

Daarnaast kunnen wij, ongeacht het eindoordeel op grond van de bevindingen van het dossieronderzoek, het aantal sancties uitbreiden. Hierbij hebben wij de keuze uit (in willekeurige volgorde):

- het uitvoeren van een vervolgonderzoek;
- het uitdelen van een waarschuwing;
- het maken van een (werk)afspraken;
- het aanpassen of beëindigen van de overeenkomst;
- het terugvorderen van budget door middel van het neerwaarts bijstellen van de gedeclareerde productie;
- het uitvoeren van een detailcontrole op basis van het versturen van vragenlijsten aan cliënten
- het informeren van de IGZ;
- het indienen van een klacht bij de tuchtrechter.

4.2.5 Stap 5: Informeren zorgaanbieder over uitkomst dossieronderzoek

Het conceptrapport met het oordeel per controle-item, het eindoordeel, de eventuele verbeterpunten en/of sancties wordt voorgelegd aan de gecontroleerde zorgaanbieder. De begeleidende brief bij het conceptrapport wordt ondertekend door de Manager Zorg van het zorgkantoor.

De zorgaanbieder krijgt twee weken de tijd om op het conceptrapport van het dossieronderzoek te reageren. Afhankelijk van de reactie van de aanbieder wordt het conceptrapport:

- definitief vastgesteld;
- aangepast en definitief vastgesteld (in deze situatie kunnen na overleg de wijzigingen en/of aanvullingen worden verwerkt in het rapport).

Het definitieve rapport versturen wij aan de zorgaanbieder. De bijbehorende begeleidende brief wordt ondertekend door de Manager Zorg van het zorgkantoor.

Intern worden de relatiebeheerder van de betreffende zorgaanbieder en de Manager Zorg geïnformeerd over de definitieve uitkomst van het dossieronderzoek.

Wanneer de zorgaanbieder niet binnen twee weken op het conceptrapport reageert, wordt deze aangeschreven met het verzoek alsnog te reageren. Blijft een reactie uit, dan stellen wij het rapport twee weken na het rappel definitief vast en melden dit aan de aanbieder. Daarnaast kunnen we ervoor kiezen om de cliëntenraad en de Raad van Toezicht van de betreffende zorgaanbieder op de hoogte te stellen dat het (dagelijks) bestuur niet heeft gereageerd op het conceptrapport.

Als het zorgkantoor en de aanbieder niet tot overeenstemming komen over het conceptrapport, dan schakelen wij op kosten van de zorgaanbieder een onafhankelijke derde partij (een accountant) in, die de situatie beoordeelt. Zowel het zorgkantoor als de zorgaanbieder is gehouden aan de uitspraak van deze derde partij.

4.2.6 Stap 6: Opvolging uitkomst detailcontrole

De zorgaanbieder moet binnen zes weken na definitieve vaststelling van het rapport een verbeterplan bij ons indienen, als wij de sanctie 'het opstellen van een verbeterplan' hebben opgelegd.

Wanneer wij het verbeterplan na zes weken niet hebben ontvangen, wordt de aanbieder aangeschreven met het verzoek om het plan alsnog toe te sturen. Blijft de reactie op het rappel uit dan kunnen wij ervoor kiezen om de cliëntenraad en de Raad van Toezicht van de betreffende zorgaanbieder op de hoogte te stellen van het feit dat het (dagelijks) bestuur niet heeft gereageerd

Tijdens het eerstvolgende reguliere overleg met de zorgaanbieder wordt het definitieve rapport en het eventuele verbeterplan besproken of er wordt een separaat overleg voor gepland. Tijdens het overleg worden de uitkomsten van het rapport, de eventueel opgelegde sancties en de voortgang van het verbeterplan besproken. Eventuele afspraken hieromtrent worden vastgelegd in het addendum bij de overeenkomst.

Bij de sanctie 'het uitvoeren van een vervolgcontrole in jaar t+1' beoordelen wij bij het onderzoek op locatie in het daaropvolgende jaar of de acties uit het verbeterplan zijn ingezet of dat de acties hebben geleid tot een definitieve verbetering.

5. EVALUATIE

Wij evalueren de uitvoering van de materiële controle jaarlijks nadat alle rapporten zijn afgerond. Hierbij stelt het zorgkantoor een foutenevaluatie op waarin de werkwijze en uitkomsten van de algemene en specifieke risicoanalyse, de uitkomsten van de vragenlijsten en dossieronderzoeken en de opgelegde sancties zijn opgenomen.

De foutenevaluatie bevat een overzicht met alle geconstateerde onrechtmatigheden en onzekerheden. Het overzicht ziet er als volgt uit.

Rechtmatigheidsoverzicht materiële controle

	<i>Bedrag</i>
Onrechtmatigheden in de materiële controle	
Onzekerheden in de materiële controle	
Totaal	

Tot slot geven wij in de foutenevaluatie aan of wij de huidige werkwijze inzake de detailcontrole handhaven of wijzigen.

6. FRAUDE

Bij een vermoeden van fraude, misbruik of oneigenlijk gebruik schakelen wij de afdeling Bijzonder Onderzoek (BO) in.

De uitkomsten van de materiële controle en in het bijzonder de uitkomsten van de vragenlijsten of de dossieronderzoeken kunnen input vormen voor een vermoeden van fraude, misbruik en oneigenlijk gebruik. Daarom worden alle definitieve rapporten doorgestuurd aan de afdeling BO.

De fraudecoördinator kan altijd zelfstandig een onderzoek instellen.

Bijlage 1 Overzicht van de wijzigingen ten opzichte van de Controleplannen van voorgaand jaar

Voor 2023 is er, in tegenstelling tot 2022, maar één controleplan voor de uitvoering van de materiële controle. De basis voor het controleplan 2023 zijn het 'Algemeen Controleplan Materiële Controle 2022' en het 'Specifiek Controleplan Materiële Controle 2022'.

Naast het samenvoegen en verduidelijken van teksten en het aanpassen van jaartallen is de belangrijkste wijziging het object van controle voor de algemene risicoanalyse. In 2022 was het object van controle de zorgaanbieders; in 2023 zijn dat de gedeclareerde zorgprestaties. Dit heeft gevolgen voor de risico-indicatoren van zowel de algemene risicoanalyse als de specifieke risicoanalyse. In het onderstaande overzicht zijn de wijzigingen van de beide risicoanalyses opgenomen.

Risicoindicator	Wijziging(en)
<i>Algemene risicoanalyse</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - De uitkomst van het financiële EWS - Het soort overeenkomst - De opmerkingen in de accountantsverklaring bij de nacalculatie - De mate van onderaanneming - De omvang van een aanbieder - Financiering vanuit verschillende domeinen (Wlz, Wmo en Zvw) - De zorgaanbieder is voor het controlejaar nieuw gecontracteerd - De uitkomst van het dossieronderzoek uit het voorgaande jaar 	Vervallen in 2023
<ul style="list-style-type: none"> - Gedeclareerd bedrag en gedeclareerd aantal per prestatiecategorie - Aantal unieke aanbieders per prestatiecategorie - Toevoeging nieuwe code aan de prestatiecategorie - Signalen van Relatiebeheer, team Zorgregistratie en Zorgbemiddeling, de Medisch Adviseurs en de afdeling BO - Prestatiecategorie eerder gecontroleerd 	Toegevoegd aan de algemene risicoanalyse 2023
De door het zorgkantoor ontvangen klachten over de zorgverlening van de aanbieder	Opgenomen in de specifieke risicoanalyse 2023
De hoogte van de gemaakte afspraak 2022	Aangepast opgenomen in de specifieke risicoanalyse 2023
<i>Specifieke risicoanalyse</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Accountantsverklaring en de bestuursverklaring bij de jaarrekening - Zorgprofiel - Volledig Pakket Thuis (VPT) - Modulair Pakket Thuis (MPT) - De uitkomst van het dossieronderzoek uit het voorgaande jaar 	Vervallen in 2023
Declaratie prestatiecategorie	Toegevoegd aan de specifieke risicoanalyse 2023

Daarnaast is hoofdstuk 3 "Keuze vorm detailcontrole" toegevoegd waarin wordt aangegeven wanneer wij de vragenlijst of dossieronderzoek inzetten als controlemiddel om de controledoelen te toetsen.

Bijlage 2 Onderbouwing van de gehanteerde aantallen en percentages

In deze bijlage wordt een gemotiveerde kwalitatieve onderbouwing gegeven waarom wij kiezen voor de gehanteerde aantallen en percentages in het 'Algemene en Specifiek Controleplan Materiële Controle 2023'.

1. Uitkomst specifieke risicoanalyse

Om te bepalen of zorgaanbieders in aanmerking komen voor een detailcontrole maken wij gebruik van een gemiddelde². In de praktijk blijkt dat het hanteren van dit gemiddelde leidt tot een juiste selectie van de zorgaanbieders.

De afgelopen jaren hebben wij alleen de zorgaanbieders geselecteerd die boven het gemiddelde scoren. De uitkomst van deze onderzoeken is nagenoeg bij allemaal een voldoende tot goed. Hiermee stellen wij vast dat het gemiddelde voldoet voor de selectie van de zorgaanbieders die in aanmerking komen voor een detailcontrole.

2. Inzet vragenlijst of dossieronderzoek

Wij kennen binnen de detailcontrole twee vormen van controle: namelijk het inzetten van de vragenlijst en het uitvoeren van een dossieronderzoek op locatie. Welke vorm wij inzetten is afhankelijk van de ingrijpendheid op de privacy van de cliënt .

Voor ons weegt het inzetten van de vragenlijst minder zwaar dan het inzetten van het dossieronderzoek. Om aan deze weging invulling te geven, hebben wij een grens bepaald aan de hand van de volgende formule: de gemiddelde score van de zorgaanbieders die de geselecteerde prestatie leveren vermenigvuldigd met 1,5.

Het effect van de weging is dat bij de zorgaanbieders die tussen het gemiddelde en 1,5x het gemiddelde scoren, de vragenlijst wordt ingezet als controlemiddel. Bij zorgaanbieder die boven 1,5x het gemiddelde scoren een dossieronderzoek wordt ingezet als controlemiddel.

3. Aantal retour te ontvangen vragenlijsten

Voor het opstellen van het rapport hanteren wij een minimum van tien vragenlijsten. De ervaringen van voorgaande jaren leert dat het aantal van tien vragenlijsten de minimale vereiste is om een oordeel te vormen over de juiste besteding van de Wlz-middelen. Uitzondering hierop vormen de aanbieders die minder dan tien cliënten in zorg hebben. Bij deze aanbieders wordt 100% van het aantal cliënten gecontroleerd.

4. Aantal te controleren dossiers

Om het aantal te controleren dossiers te bepalen hanteren wij een percentage van 10% van het aantal unieke cliënten die de prestaties uit de prestatiecategorie ontvangen. Hierbij hanteren wij een minimum van vijf dossiers en een maximum van tien dossiers.

Op grond van de ervaringen van voorgaande jaren hebben wij geconstateerd dat het aantal van vijf dossiers de minimale vereiste is om een oordeel te vormen over de juiste besteding van de Wlz-middelen. Uitzondering hierop vormen de aanbieders die minder dan vijf cliënten in zorg hebben. Bij deze aanbieders wordt 100% van het aantal dossiers gecontroleerd.

² Voor de beschrijving van de bepaling van het gemiddelde zie paragraaf 2.4.3.

De keuze voor het maximum van tien dossiers is eveneens gebaseerd op de ervaringen van de afgelopen jaren. In de praktijk blijkt namelijk dat het controleren van meer dan tien dossiers geen effect op het eindoordeel van het dossieronderzoek.

5. *Uitkomst score vragen, controle-items en eindoordeel*

De kwalificatie van de procentuele score voor de vragen, de controle-items en het eindoordeel, zijn gebaseerd op de gangbare scores voor de schoolprestaties.

<i>Oordeel</i>	<i>Score uit controleplan</i>	<i>Gangbare score</i>
Goed	80,0%-100,0%	8,0-10,0
Voldoende	60,0%-79,9%	6,0-7,9
Onvoldoende	0,0%-59,9%	0,0-5,9

6. *Formuleren van verbeterpunten*

Om de kwaliteit van zorg nu en in de toekomst te waarborgen heeft het onze voorkeur dat de zorgaanbieders op alle afzonderlijke vragen uit de vragenlijst of de controle-items van de checklist minimaal 80% of hoger scoren. Dat komt overeen met het oordeel 'goed'. Daarom formuleren wij een verbeterpunt als een vraag of controle-item minder dan 80% scoort.