

Wederhoor CIZ

Platform Investico deed samen met *De Groene Amsterdammer*, dagblad *Trouw* en radioprogramma *Argos* onderzoek naar de wijze waarop het CIZ haar wettelijke poortwachtersfunctie invult en uitvoert, meer specifiek hoe het CIZ de aanvragen voor de Wlz beoordeelt. In het kader van ons onderzoek hebben wij een aantal Wlz-aanvragen bij CIZ onderzocht en hierover contact gehad met de (betrokken) aanvragers, advocaten, cliëntondersteuners en (niet-betrokken) CIZ-medewerkers. Daarnaast gebruikten wij interne documenten en documenten vrijgegeven middels de woo-procedure. Uit de onderzochte dossiers komen een aantal punten naar voren die overeenkomstig zijn. Daarom willen wij deze ook aan u voorleggen.

Casuïstiek

1. Dossierstukken worden niet altijd (goed) gelezen of raken zelfs kwijt. In verschillende gevallen is door CIZ-medewerkers toegegeven dat stukken niet (goed) gelezen waren, eigenlijk niet begrepen werden, of dat de dossierstukken niet (terug)gevonden konden worden. Wat is uw reactie daarop?

Dat vinden we heel vervelend om te horen, juist omdat we zorgvuldige indicatiestelling heel belangrijk vinden. Dat is de kern van ons vak. In de regel is het zo, dat een indicatiesteller een collega kan bevragen of een medisch adviseur (dit is een arts) kan consulteren als hij nog aanvullende vragen heeft om de indicatie goed te kunnen stellen. We zijn er niet van op de hoogte dat er stukken kwijt zijn geraakt. Wanneer er concrete aanwijzingen zijn dat dit laatste in één of mee specifieke gevallen zou zijn gebeurd en er vervolgens een onjuiste indicatie is gesteld, dan betreuren we dit ten zeerste. Graag horen we van u om welke zaken het gaat zodat we deze wellicht nog kunnen herstellen.*

** Overal waar hij staat, kan ook zij of hen worden gelezen.*

2. Artsen/behandelaars van aanvragers worden niet gebeld door CIZ-medewerkers in het kader van hun onderzoek, terwijl hier nadrukkelijk om wordt gevraagd door deze artsen/onderzoekers en/of de aanvragers. Hoe verklaart u dat?

Dit beeld herkennen we niet. We maken juist heel veel gebruik van de gegevens van artsen/behandelaars; hun informatie vormt één van de belangrijkste bronnen voor ons onderzoek. Onze medisch adviseurs stellen zelf geen diagnose; zij maken gebruik van de diagnoses die gesteld zijn door de artsen van de cliënt. Zij benaderen artsen/behandelaars om pragmatische redenen zelden telefonisch, maar voornamelijk schriftelijk. Dan kunnen zij ook antwoorden op een voor hen passend moment. Medisch adviseurs vragen ook alleen maar informatie op als die nodig is voor de beoordeling van de aanvraag. Het kan bijvoorbeeld voorkomen dat de cliënt van mening is dat er informatie moet worden gevraagd bij een medisch specialist, maar wij al via de huisarts over de noodzakelijke informatie beschikken. Het is aan de medisch adviseur om te beoordelen of hij op verzoek alsnog contact opneemt met

een medisch specialist.

3. Volgens een cliënt heeft een medisch adviseur na een klacht na de bezwaarfase telefonisch toegezegd om alsnog een positief besluit te nemen. Uit een brief van CIZ aan deze cliënt blijkt dat er is toegezegd nogmaals naar het medisch advies te kijken en de juridisch medewerker te vragen het traject opnieuw te openen. Dit is later door CIZ weer teruggedraaid omdat dit 'toch niet mogelijk was'. Hoe verklaart u dit?

Wat vervelend dat dit zo is gelopen; dit is zeker niet de reguliere gang van zaken. Het kan zijn dat er af en toe iets misgaat; we handelen tienduizenden aanvragen af op jaarbasis. Het blijft immers mensenwerk. Een fout is vaak extra pijnlijk omdat we hier te maken hebben met heel kwetsbare mensen waardoor schrijnende situaties kunnen ontstaan. We zijn daarom ook blij met de aandacht voor dit onderwerp. Want waar (echte) fouten zijn gemaakt, kan dit heel ingrijpend zijn. Daarom roepen we op om mogelijke fouten kenbaarbaar te maken, zodat we deze waar nodig kunnen herstellen en hiervan kunnen leren.

Vanuit privacy-overwegingen gaan we nooit in op individuele casussen. Maar als er vragen zijn of behoefte is aan uitleg, nemen we graag contact op met de vragensteller.

4. Medisch adviseurs van CIZ erkennen door specialisten gestelde diagnoses niet, terwijl zij zelf de patiënt nooit hebben onderzocht of zelfs maar gezien. Vindt u dat medisch adviseurs in hun advies een diagnose mogen verwerpen zonder de patiënt zelf te hebben gezien of onderzocht?

Nee, het is niet de bedoeling om een diagnose te verwerpen. Ook stellen we geen diagnoses. Onze medisch adviseurs gaan uit van de informatie aangeleverd door de behandelaar van de cliënt. Ze beoordelen op basis van de aangeleverde informatie wat relevant is voor de indicatie. Alle ontvangen informatie wordt opgeslagen in het medisch dossier; het kan echter voorkomen dat niet alle aangeleverde diagnoses meegewogen worden in ons besluit, omdat deze niet relevant zijn voor het nemen van het besluit.

Betrouwbaarheid van de besluiten

5. U heeft aangegeven dat de betrouwbaarheidstoetsen die binnen CIZ wordt gedaan (de review en toetsingsprocedures) beide niet blind worden uitgevoerd. De toetsende medewerkers kennen dus het eerdere oordeel van hun collega. Deskundigen hebben kritiek op deze werkwijze: zij zeggen dat met een blinde toets een meer betrouwbare evaluatie kan plaatsvinden. Wat is uw reactie daarop?

Het gaat om het vinden van de juiste balans. Natuurlijk wil je als organisatie je kwaliteit toetsen, maar daarvoor wil je ook niet onnodig de cliënt belasten. Een volledig blinde toets kan de betrouwbaarheid verhogen mits de toetsers over dezelfde informatie kan beschikken als de onderzoeker. Dit is per definitie niet het geval, omdat de toetsers geen cliëntcontact heeft. Dan zouden de toetsers ook opnieuw op huisbezoek moeten gaan en de cliënt moeten zien en of spreken. Dat is te belastend voor de cliënt en diens naasten. Maar we staan wij altijd open voor

verbetering.

6. Bij de interne toetsing wordt een deel van de dossiers (de niet-reproduceerbare dossiers) uit de steekproef gelaten. Deskundigen hebben hier kritiek op, omdat te verwachten valt dat juist in deze groep de niet-juiste besluiten oververtegenwoordigd zullen zijn. Wat is uw reactie daarop? Geeft het percentage van 98% juiste besluiten een juiste voorstelling van zaken?

Tot een aantal jaren geleden rapporteerde het CIZ één kwaliteitspercentage. Dit is het percentage van dossiers uit de steekproef die én reproduceerbaar én correct zijn (bruto kwaliteitspercentage). Hierbij wordt een interne norm van 95% gehanteerd. Dit percentage leidde echter geregeld tot verwarring omdat een niet-reproduceerbaar besluit alsnog fout of correct kan zijn wat toegang tot de Wlz en zorgprofiel betreft. Dat dit niet duidelijk is, komt omdat het niet voldoende navolgbaar (reproduceerbaar) is vastgelegd in het dossier. Om deze verwarring te voorkomen, is daarnaast een netto kwaliteitspercentage geformuleerd. Dit is het aantal besluiten dat correct en reproduceerbaar is gedeeld door het totaal aantal reproduceerbare besluiten in de steekproef. Hiervoor wordt een norm van 98% gehanteerd. Beide kwaliteitspercentages worden nog altijd vastgesteld. Dit is publieke informatie en deze informatie wordt actief binnen de organisatie en met VWS gedeeld en besproken. Want wij vinden het zowel belangrijk dat een besluit correct is als dat het navolgbaar (reproduceerbaar) is. Door uw vragen realiseren wij ons dat met de introductie van het netto kwaliteitspercentage het bruto kwaliteitspercentage minder makkelijk vindbaar is geworden. Wij zorgen ervoor dat beide kwaliteitspercentages voor einde van dit jaar makkelijk vindbaar zijn op onze website.

7. Bij de interne toetsing wordt gebruik gemaakt van een smalle ('in de kern') en brede definitie ('uitgebreid') van een juist besluit. De eigen, door het CIZ gehanteerde definitie van een juist besluit omvat ook de items uit de uitgebreide definitie: 'Een juist besluit is een besluit dat gebaseerd is op een (complete) aanvraag én een zorgvuldig onderzoek én dat volledig en goed gemotiveerd is op basis van de toegangscriteria Wlz én de criteria voor het best passende zorgprofiel'. Waarom wordt er naar buiten toe, in de jaarverslagen en in de kwartaalrapportages naar VWS, toch gerapporteerd over de smalle definitie? Geeft deze manier van rapporteren een juiste voorstelling van zaken?

We rapporteren bewust op de onderdelen van de smalle definitie, want deze raken direct de structurele zorg van de cliënt, namelijk: is er sprake van toegang tot de Wlz en wat is het passende zorgprofiel. Dat is ons primaire belang.

Voor onszelf hebben we daarnaast aanvullende kwaliteitseisen ('uitgebreid') gesteld namelijk:

- is er op basis van een aantal formele eisen terecht besloten om de aanvraag wel/niet in behandeling te nemen?
- is de ingangdatum juist bepaald?
- is de geldigheidsduur juist bepaald?
- is het besluit deugdelijk gemotiveerd in de besluitbrief aan de cliënt?

Omdat we deze eisen ook belangrijk vinden, is dit onderdeel van de toetsing. De uitkomst hiervan wordt teruggekoppeld aan de betreffende medewerker en deze inzichten zijn onderdeel van het leerproces.

8. Wanneer gebruik gemaakt wordt van de volledige (bruto) steekproef en de volledige (uitgebreide) definitie van een juist besluit, ligt het percentage juist besluit doorgaans tussen de 70 en 80 procent, zo blijkt uit interne documenten. Dit betekent dat er veel meer fouten worden gemaakt dan naar buiten toe wordt gerapporteerd. Wat is uw reactie daarop?

Primair is ons doel te voorkomen dat de cliënt te weinig of geen zorg krijgt door ons toedoen of dat er onterecht zorg(kosten) wordt toegekend die (nog) niet nodig is. Het klopt dat in ieder geval van 70 tot 80 procent van de besluiten gezegd kan worden dat deze én correct voor wat betreft toegang en zorgprofiel zijn, én volledig navolgbaar (reproduceerbaar zijn) én dat aan alle interne kwaliteitscriteria is voldaan. Daarnaast weten we dat van 90 procent van de besluiten kan worden gezegd dat deze én correct voor wat betreft toegang en zorgprofiel zijn, én volledig navolgbaar (reproduceerbaar) zijn.

Dit wil echter niet zeggen dat voor de overige besluiten (de overige 10 procent) de toegang tot de Wlz fout is vastgesteld of het zorgprofiel fout is vastgesteld; zie hiervoor ook de voorgaande antwoorden. Wij zijn het met uw eens dat deze informatie niet altijd even makkelijk vindbaar is, dit zullen wij dan ook voor einde van het jaar aanpassen.

Interne zaken

9. In het Besluit langdurige zorg staat dat de aanvrager 'in persoon' gezien moet worden door een CIZ-medewerker. Uit interne documenten blijkt dat dit 'persoonlijke contact' oorspronkelijk in de vorm van een huisbezoek zou worden ingevuld, maar dat de Memorie van Toelichting op de wet na 'overleg tussen CIZ en VWS' werd aangepast: ook een telefoongesprek geldt als 'in persoon'. Welke redenen had het CIZ om de oorspronkelijke bedoeling van de wet - het in persoon zien van de aanvrager - te wijzigen naar de mogelijkheid tot telefonisch contact?

In niet alle gevallen is het nodig om een cliënt fysiek te bezoeken; als het goed is, is er al veel informatie bekend (van naasten en behandelaars). Er is altijd persoonlijk contact met de cliënt (of als dit niet mogelijk is, met zijn naasten) bijvoorbeeld om te checken of de persoon zich herkent in het besluit. Dit is onze werkwijze.

10. Een woordvoerder van het CIZ verklaarde in een eerder interview met ons dat het CIZ altijd op huisbezoek gaat. Ook uit door ons onderzochte casuïstiek blijkt dat dit zelfs bij dossiers over kinderen met complexe meervoudige problematiek niet het geval is: in meerdere door ons onderzochte gevallen is er geen sprake geweest van een huisbezoek. (Oud-)medewerkers stellen dat vanuit CIZ-beleid huisbezoek (steeds meer) wordt ontmoedigd. Eén onderzoeker stelt in een periode van een jaar nooit op huisbezoek te zijn geweest. Hoe verklaart u dit?

Een huisbezoek is niet altijd nodig; geregeld is het beeld van de cliënt al duidelijk door de aangeleverde informatie. Het is echter uitzonderlijk als een onderzoeker aangeeft een jaar niet op huisbezoek te zijn geweest. Het kan zijn dat dit een beoordelaar betreft; onze indicatiestellers bestaan uit twee groepen: onderzoekers en beoordelaars. De laatste groep handelt de aanvragen af waarover al veel informatie is. En waarvoor het niet nodig is om op huisbezoek te gaan om tot een goed oordeel te komen. Dit is wat de woordvoerder heeft aangegeven: een huisbezoek behoort tot de mogelijkheden van de onderzoeker. Mocht het in dit geval toch om een onderzoeker gaan, dan horen we graag de afweging waarom hij zolang niet op huisbezoek is gegaan. Dit is namelijk zeker niet representatief voor onze werkwijze. Overigens hebben we tijdens de COVID19-pandemie kunnen experimenteren met alternatieven als beeldbellen. Ook dat is nu een werkwijze geworden, die we kunnen inzetten als alternatief voor bijvoorbeeld een huisbezoek.

11. (Oud-)medewerkers stellen dat de werkdruk bij het ClZ erg hoog is. Er ligt een sterke nadruk op 'productie draaien' en 'targets halen'. Er is steeds minder tijd om onderzoek te doen en een besluit te nemen. Dit blijkt eveneens uit de documenten door u verstrekt via de woo-procedure. In de verantwoording van Q2 2022 staat: 'Uit de eind-dienstverbandgesprekken blijkt dat het merendeel van de vertrekkende medewerkers korter dan twee jaar bij het ClZ werkt. De voornaamste redenen van vertrek die worden genoemd, zijn de nadruk op productie en de ervaren werkdruk.' Wat is hierop uw reactie? Heeft dit volgens u gevolgen voor de kwaliteit van de besluiten? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

We herkennen deze signalen en betreuren dat dit op deze manier wordt ervaren. Dit is zeker niet de manier waarop wij willen werken. Op dit moment voeren we een werkbelevingsonderzoek uit waarin we ook nadrukkelijk uitvragen naar de werkdruk. De werkdruk heeft overigens zeker onze aandacht: in het nieuwe jaar is duurzame inzetbaarheid van de ClZ-medewerkers één van onze belangrijkste speerpunten. Zoals op veel plekken in de zorg, wordt er ook binnen het ClZ hard gewerkt. Mede omdat er de laatste jaren meer aanvragen zijn binnengekomen dan vooraf verwacht. We nemen verschillende maatregelen om deze aanvraagstroom zo goed mogelijk te voorspellen, maar er zijn altijd factoren waar we geen invloed op hebben. De betrokkenheid van de medewerkers met de cliënt en de organisatie is groot, iets dat wij enorm waarderen en ook regelmatig uitspreken. Deze grote betrokkenheid wordt ook positief beoordeeld door de cliënt.

12. Op basis van gesprekken met (oud-)medewerkers en interne documenten en documenten die via de woo-procedure zijn vrijgegeven, constateren wij de volgende zaken:
- ⦿ Onderzoekers hebben veel vrijheid in het uitvoeren van een onderzoek: zij bepalen of er een medisch adviseur wordt ingeschakeld, of er een huisbezoek nodig is, of extra informatie van bijvoorbeeld medisch specialisten nodig is, en, uiteindelijk, wat het besluit op de aanvraag wordt.

- b. Veel medewerkers werken voornamelijk of uitsluitend vanuit huis, de teams zijn zelfsturend en worden geen functioneringsgesprekken gehouden.
- c. Via het interne reviewproces wordt tien procent van de dossiers gecontroleerd. Dat betekent dat negentig procent van de dossiers doorgaat zonder dat aan vierogenprincipe wordt voldaan.
- d. Uit onze inventarisatie blijkt dat de meeste onderzoekers hbo-geschoold zijn, maar geen medische achtergrond hebben.
- e. De wachttijden voor het inschakelen van een medisch adviseur lopen soms op tot meerdere weken.
- f. Uit de documenten die via de woo-procedure zijn verkregen, blijkt dat het ziekteverzuim stijgt van 5 procent in Q2 2018 naar 9.1 procent in Q1 2022.

Wat is uw reactie op bovenstaande constatering? Bovenstaande in acht nemend, zijn CIZ-onderzoekers volgens u voldoende toegerust en in staat om op verantwoorde wijze een zorgvuldig besluit te nemen over complexe medische dossiers?

- a) *De kern van ons werk is het tijdig afgeven van een juiste indicatie, begrijpelijk voor de cliënt, conform wet- en regelgeving. Onderzoekers hebben ruimte om hun eigen werk te organiseren. Uiteraard werken we met kaders. We werken met een vastgesteld afwegingskader dat uniform wordt toegepast. Wij hebben vertrouwen in het vakmanschap van de CIZ-medewerkers. Zo hebben ze een passende (zorg)opleiding op hbo-niveau of zorgachtergrond en worden verder intern geschoold.*
- b) *Het CIZ is een landelijke organisatie met grote geografische spreiding van de teams, dichtbij onze cliënten. Vanwege COVID-19 heeft het CIZ een regeling 'Hybride werken' opgesteld, waarbij de mogelijkheid wordt geboden om tijd- en plaats onafhankelijk te werken. Het CIZ heeft gekozen voor operationeel zelfstandige (niet zelfsturende) teams, met in ieder team een leidinggevende. We gaan uit van de professionaliteit en taakvolwassenheid van onze medewerkers. Daarnaast is er ook behoefte aan meer onderlinge contactmomenten tussen de medewerkers en hun teamcoach. Daarom voeren we komend jaar weer een uitgebreide HR-cyclus in, waarin de medewerkers op structurele basis in gesprek kunnen gaan over hun wensen en ervaringen.*
- c) *Wat betreft de vraag over de review, dit is een gemiddeld percentage. Nieuwe medewerkers worden procentueel meer gereviewd, net als bijvoorbeeld aanvragen voor nieuwe cliëntgroepen.*
- d) *De meeste onderzoekers zijn inderdaad hbo-geschoold, en hebben een zorggerelateerde achtergrond. De medisch adviseurs zijn artsen en dus medisch geschoold.*
- e) *Soms lopen de wachttijden voor de medisch adviseurs op tot meerdere weken; dit wordt mede veroorzaakt door de fluctuaties in de aanvraagstromen. Momenteel bedraagt de gemiddelde wachttijd voor medisch advies ongeveer een week.*
- f) *Net als bij de andere spelers in de zorg, is ons ziekteverzuim toegenomen sinds COVID-19. Ook wij vinden dit zorgwekkend, we monitoren dit nauwgezet en zetten verschillende maatregelen in om deze terug te kunnen brengen.*

Mede gezien bovenstaande toelichting, zijn wij inderdaad van mening dat de CIZ-onderzoekers voldoende zijn toegerust om op verantwoorde wijze een zorgvuldig indicatiebesluit te nemen, zo nodig na overleg met de medische adviseur.

13. De begroting van het CIZ is sinds 2018 jaarlijks flink toegenomen, van €65,7 mln (2018), €86,5 mln (2019), €97,7 mln (2020) naar €105,7 mln (2021). Tegelijkertijd neemt ook de aanvraagstroom jaarlijks toe, en constateert het CIZ in het jaarverslag van 2019 dat deze 'geen gelijke tred meer houdt met de demografische ontwikkelingen die het fundament zijn voor de jaarlijkse begroting.' Is de ervaren werkdruk door medewerkers en de nadruk op targets en productie gerelateerd aan te weinig beschikbare middelen? Zo ja, waarom? Zo nee, waarom niet?

Natuurlijk bieden meer beschikbare middelen meer mogelijkheden om te werken aan kwaliteit en aan het verlagen van de werkdruk. Het is dan ook belangrijk dat de middelen in ieder geval meebewegen met de toename van de aanvragen. Tegelijkertijd wordt het CIZ betaald vanuit belastinggeld en moet hierin een passende balans worden gevonden. Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt verwachten wij echter dat schaarste onder zorgprofessionals ons in de toekomst eerder parten gaat spelen dan schaarste aan financiële middelen.

We zien nu al een hogere aanvraagstroom, en verwachten dat deze in de toekomst nog fors zal toenemen. Dit zal een grote druk blijven geven op de arbeidsmarkt voor zorgprofessionals. Dit stelt niet alleen het CIZ voor uitdagingen, maar is breed voor de zorg een opgave. Op dit moment krijgen wij bijvoorbeeld al signalen dat cliënten ondanks een indicatiebesluit, deze niet kunnen verzilveren op de manier waarop zij dit wensen. Voor sommige cliënten is het vooruitzicht op plaatsing op een wachtlijst en een hogere eigen bijdrage als gevolg van overbruggingszorg vanuit de Wlz, een reden om hun indicatieaanvraag in te trekken. Dit vinden wij een zorgelijke ontwikkeling.

AANVULLENDE WEDERHOORVRAGEN

14. Wie houdt er toezicht op het CIZ?

Het is de minister van VWS die formeel toezicht houdt op het CIZ en hij wordt uiteraard weer gecontroleerd door de Tweede Kamer.

Daarnaast is er een aantal externe instanties die op onderdelen meekijken en daarover ook formeel een oordeel vormen:

- de Nationale Ombudsman bij klachten van cliënten;*
- het Zorginstituut Nederland als cliënten in bezwaar gaan;*
- de rechter als cliënten in beroep gaan.*

16. Hoe worden medewerkers geschoold om hun werk te kunnen doen (beoordelaars, onderzoekers en medische adviseurs)?

Voor medewerkers van het CIZ is een intern leeraanbod beschikbaar met zogenaamde leerpaden, passend bij de verschillende functietypen en bijbehorende werkzaamheden (beoordelaars en onderzoekers). Dit interne leeraanbod wordt aangeboden middels een digitaal platform, begeleidingssessies, trainingen en leren op de werkvloer. Dit leeraanbod breiden we elk kwartaal uit met aanvullende leeractiviteiten, casuïstiekbespreking en/of het evalueren en aanpassen van de huidige leeractiviteiten. Elke nieuwe medewerker doorloopt het onboarding-programma waar bovengenoemde leerpaden onderdeel van uitmaken. Na het onboarding-programma lopen nieuwe medewerkers met ervaren collega's mee in de praktijk, en bij gebleken zelfstandigheid kunnen zij dossiers zelf oppakken, waarbij het werk nog wel wordt gereviewd.

Daarnaast is er de mogelijkheid om gebruik te maken van extern leeraanbod, door opleidingen te volgen ter verdieping of gebruik te maken van externe expertise. Voor medisch adviseurs is zowel het interne leeraanbod beschikbaar en van belang, als wel het volgen van aanvullende, externe scholingen/trainingen.

Wij missen een antwoord op de vraag 'Heeft dit volgens u gevolgen voor de kwaliteit van de besluiten? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?'

De afgelopen jaren zijn veel meer aanvragen binnengekomen dan vooraf verwacht. Het is goed voor te stellen dat onder druk sneller fouten gemaakt kunnen worden. We zien met de forse toename van aanvragen dat het kwaliteitspercentage is gedaald (zie onderstaande tabel). Dit is de reden waarom we maatregelen hebben ingezet om de werkdruk te verlagen.

Bruto/netto percentages op de kerndefinitie 'juist besluit' per kwartaal 2020, 2021 en 2022

Kwartaal	Bruto	Netto
Q1 2020	93%	99%
Q2 2020	93%	98%
Q3 2020	95%	99%
Q4 2020	92%	98%
Q1 2021	91%	98%
Q2 2021	90%	99%
Q3 2021	89%	98%
Q4 2021	87%	98%
Q1 2022	89%	98%
Q2 2022	90%	97%
Q3 2022	90%	98%

Tot een aantal jaren geleden rapporteerde het CIZ één kwaliteitspercentage. Dit is het percentage van dossiers uit de steekproef die én reproduceerbaar én correct zijn (bruto kwaliteitspercentage). Hierbij wordt een interne norm van 95% gehanteerd. Dit percentage leidde echter geregeld tot verwarring omdat een niet-reproduceerbaar besluit alsnog fout of correct kan zijn wat toegang tot de Wlz en zorgprofiel betreft. Dat dit niet

duidelijk is, komt omdat het niet voldoende navolgbaar (reproduceerbaar) is vastgelegd in het dossier. Om deze verwarring te voorkomen, is daarnaast een netto kwaliteitspercentage geformuleerd. Dit is het aantal besluiten dat correct en reproduceerbaar is gedeeld door het totaal aantal reproduceerbare besluiten in de steekproef. Hiervoor wordt een norm van 98% gehanteerd.

Wat gebeurt er met de niet-reproduceerbare dossiers?

We kunnen van de niet-reproduceerbare dossiers niet concluderen of het besluit uiteindelijk juist of onjuist is. Daarom worden de redenen dat deze dossiers als niet-reproduceerbaar worden gekenmerkt, in ons kwaliteitsoverleg besproken. De resultaten van de toetsing worden op individueel niveau teruggekoppeld, besproken in de teams en vormen input voor het leerproces. Dit heeft als doel het percentage niet-reproduceerbare dossiers te verlagen.

WEDERHOORVRAGEN FRAUDE-AANPAK

Vraag 1: Uit ons onderzoek blijkt dat in sommige dossiers niet de identiteit van de aanvragers wordt gecontroleerd of niet wordt gecheckt of de aanvrager begrijpt waarvoor hij tekent. Wat is daarop uw reactie?

Het is zeker de bedoeling dat dossiers gecontroleerd worden op identiteit. Bij de aanvraag stelt de medewerker van het CIZ de identiteit van de client vast. De aanvraag kan ook worden ingediend door een zorgaanbieder die de identiteit al gecontroleerd heeft. Medewerkers van het CIZ hoeven dus niet altijd zelf de identiteit te controleren. (zie art 9.1.1. lid 6 Wlz).

Als medewerkers van het CIZ twijfels hebben of de cliënt nog begrijpt waarvoor hij tekent, vragen we dat na bij familie en/of zorgprofessional. Als de cliënt dat niet meer begrijpt, is een wettelijk vertegenwoordiger nodig.

Vraag 2: (Oud-)medewerkers maken zich zorgen over de mogelijkheden die er zijn om ten onrechte toegang te krijgen tot de Wlz, of vooral, dat met name instellingen een te hoog zorgprofiel aanvragen. Wat is daarop uw reactie?

Het is een aandachtspunt waar continu wij heel alert op zijn. Het is onze taak en ons vakmanschap om te signaleren of de juiste zorgprofielen worden toegekend. Voor iedere aanvraag geldt dat wij een juist besluit willen geven. Bij signalen dat een zorgaanbieder vaak te hoge zorgprofielen aanvraagt, is de instructie om op huisbezoek te gaan en meerdere bronnen te raadplegen. Medewerkers kunnen bij vermoedens van fraude een melding doen bij het team Bijzonder Onderzoek en advies vragen over de verdere afhandeling van de aanvraag.