

## **Algemeen Controleplan Materiële Controle 2025**

Zorgkantoor DSW

# INHOUD

0.	INLEIDING .....	2
1.	WETTELIJK KADER .....	2
1.1	Definities .....	2
1.2	Uitvoering formele controles .....	3
1.3	Verwerking gegevens .....	3
1.4	Eisen van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid .....	4
2.	AANPAK MATERIËLE CONTROLE .....	5
2.1	Controledoelen .....	5
2.2	Algemene risicoanalyse .....	5
2.3	Algemeen controleplan .....	6
2.4	Inzet enquêteformulieren .....	7
2.5	Specifieke risicoanalyse en specifiek controleplan .....	9
2.6	Inzet detailcontrole .....	10
3.	EVALUATIE .....	11
4.	FRAUDE .....	11
Bijlage 1	Overzicht van de wijzigingen ten opzichte van het Controleplan van voorgaand jaar .....	12
Bijlage 2	Stroomschema Materiële Controleplan .....	13
Bijlage 3	Onderverdeling prestatiecodes naar prestatie-categorieën .....	14
Bijlage 4	Overzicht risico-indicatoren algemene risicoanalyse .....	16
Bijlage 5	Overzicht gebruikte gegevens bij het algemeen controleplan .....	18
Bijlage 6	Onderbouwing van de gehanteerde aantallen en percentages .....	21

## 0. INLEIDING

Op grond van de artikelen 7.2 tot en met 7.9 van de Regeling langdurige zorg (Rlz) en artikelen 5 tot en met 9 van de Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders is het zorgkantoor gehouden om een materiële controle uit te voeren. In dit Algemeen Controleplan Materiële Controle 2025 beschrijven wij onze controlewerkwijze.

## 1. WETTELIJK KADER

Zorgkantoor DSW is een Wlz-uitvoerder. Dat houdt in dat wij, volgens de Wet langdurige zorg (Wlz), een zorgplicht hebben voor de eigen verzekerden. Deze plicht bestaat uit het contracteren van zorg voor deze verzekerden. Daarnaast zijn wij door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aangewezen als zorgkantoor voor de regio Westland Schieland Delfland (WSD). Hierdoor zijn wij, volgens de Wlz, 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.

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;
- Artikel 36 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);
- Algemene verordening gegevensbescherming (AVG);
- 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 Definities

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.

- *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.*

- *Detailcontrole*

Deze controle wordt in de Rlz omschreven als:

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

Naast de drie vormen van controles in artikel 7.2, beschrijft artikel 7.5 van de Rlz de mogelijkheid om enquêteformulieren in te zetten om vast te stellen dat de zorg daadwerkelijk verleend door de zorgaanbieder en inzicht te verkrijgen in de verleende kwaliteit.

## **1.2 Uitvoering formele controles**

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

De beschrijvingen van de formele controles maken geen onderdeel uit van dit controleplan. Daarentegen wordt de informatie die uit de controles naar voren komt, gebruikt als input voor het uitvoeren van de materiële controle zoals beschreven in dit controleplan.

## **1.3 Verwerking gegevens**

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. 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 professeie 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.

#### **1.4 Eisen van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid**

Wij geven de volgende invulling aan de eisen van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid uit de Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders voor wat betreft de materiële controle:

- Indicaties worden afgegeven door een onafhankelijke instantie, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Het zorgkantoor toetst de gedeclareerde zorg aan de afgegeven indicatie door de inzet van formele controles op de declaratieberichten en de inzet van de materiële controle voor 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 op basis van de goedgekeurde gedeclareerde zorg die is opgenomen in een zogenoemde productiemonitor.
- De accountants van de zorgaanbieders toetsen de feitelijke levering van zorg in ieder geval 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 deel uit van de risicoanalyse. Daarnaast wordt rekening gehouden met de verhouding gecontracteerde Wlz-zorg/overige zorgkosten in relatie tot de 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**

In artikel 7.6 van de Rlz is bepaald dat zorgkantoren een algemeen controleplan dienen vast te stellen op basis van een algemene risicoanalyse. In het algemene controleplan dienen de controledoelen, de objecten van de materiële controle en de in te zetten controle-instrumenten te worden beschreven. Afhankelijk van de bevindingen vanuit het algemene controleplan of naar aanleiding van nieuwe signalen wordt er indien nodig, conform artikel 7.8 lid 1 van de Rlz, een specifieke risicoanalyse uitgevoerd. In de artikelen 5 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 vervolgtacties en evaluatie opgenomen.

De uitwerking van de randvoorwaarden en eisen uit de artikelen 7.4 tot en met 7.9 van de Rlz en de artikelen 7 tot en met 9 van de Regeling Controle en Administratie Wlz-uitvoerders voor het uitvoeren van een materiële controle zijn door ons uitgewerkt in dit controleplan.

In bijlage 2 is het stroomschema van de materiële controle opgenomen.

### **2.1 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.

### **2.2 Algemene risicoanalyse**

In de algemene risicoanalyse staan de goedgekeurde gedeclareerde zorgprestaties van alle gecontracteerde zorgaanbieders centraal. Hierbij beschouwen wij de zorg die wordt geleverd door een onderaannemer, als reguliere zorg van een gecontracteerde zorgaanbieder.

#### *Uitzonderingen*

Sinds 2014 worden voor de zorgprestaties VV1 tot en met VV3, VG1, 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 2024 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. De declaraties van mondzorg die geleverd zijn door een tandarts of een mondhygiënist, maken geen onderdeel uit van dit controleplan. Ook het pgb blijft buiten beschouwing.

### *Invulling algemene risicoanalyse*

In de algemene risicoanalyse worden signalen over en risico's van de goedgekeurde gedeclareerde zorgprestaties van alle gecontracteerde zorgaanbieders, in de vorm van risico-indicatoren, gewogen.

In de NZa-beleidsregels 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2025 (BR/REG-25130b) en 'Prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaartepakketten en volledig pakket thuis 2025 (BR/REG-25131a) zijn ruim 500 unieke prestaties beschreven. Wij hebben ervoor gekozen deze in ongeveer 40 prestatiecategorieën (zie bijlage 3) in te delen.

Per prestatiecategorie schatten wij, aan de hand van risico-indicatoren (zie bijlage 4), 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).

### *Uitkomst algemene risicoanalyse*

Uit de algemene risicoanalyse komt naar voren dat wij bij de zorgaanbieders die prestaties uit de prestatiegroep Geestelijke Gezondheidszorg Wonen (GGZ-W) declareren, voor 2025 het grootste risico lopen op het niet behalen van de controledoelen.

## **2.3 Algemeen controleplan**

De uitkomst van de algemene risicoanalyse is de basis voor het algemeen controleplan. Daarom richt dit controleplan zich op de gecontracteerde zorgaanbieders die prestaties uit de prestatiegroep Geestelijke Gezondheidszorg Wonen (GGZ-W) declareren.

Onze aanpak kenmerkt zich door een stapsgewijze werkwijze door de inzet van algemene, weinig belastende controle-instrumenten en de eventuele inzet van zwaardere controle-instrumenten als de controledoelen nog niet is bereikt. Er wordt door ons gedurende het gehele controletraject een zorgvuldige afweging gemaakt op basis van de beginselen van noodzakelijkheid, proportionaliteit en subsidiariteit:

- Noodzakelijkheid: zijn de beoogde gegevens/de controle-instrumenten noodzakelijk om de controledoelen te bereiken?
- Proportionaliteit: zijn de beoogde gegevens/de controle-instrumenten proportioneel met de controledoelen?
- Subsidiariteit: kunnen de controledoelen behaald worden door de inzet van een minder ingrijpend controle-instrument?

### *Algemene controlemiddelen*

Om een controle uit te voeren op de prestatiecategorie GGZ-W bij de te onderzoeken doelgroep zetten wij in eerste instantie algemene controlemiddelen in. Dat betekent dat wij gebruik maken van gegevens waarover wij zelf beschikken, zoals declaratiegegevens, interne signalen, iWlz-meldingen en openbare gegevens. Met behulp van de inzet van onder meer de volgende controle-instrumenten analyseren wij de gegevens:

- Cijferanalyse/statistische analyse;
- Benchmarking/spiegelinformatie;
- Logica/verbandanalyses.

In bijlage 5 zijn de gegevens opgenomen die gebruikt zijn om het algemeen controleplan 2025 uit te voeren.

### *Uitkomst algemeen controleplan*

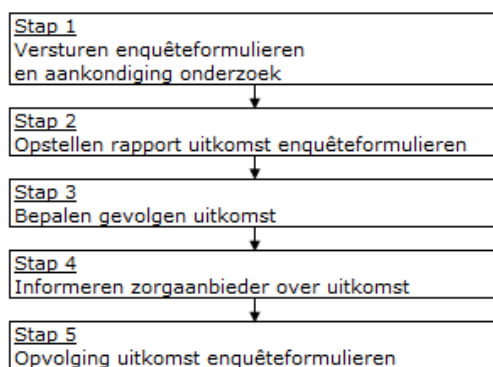
De materiële controle van een gecontracteerde zorgaanbieder die prestaties uit de prestatie categorie GGZ-W declareert, kan om de volgende redenen worden beëindigd:

- Wij stellen vast dat de controledoelen zijn behaald;
- De specifieke controle van het voorgaande jaar is nog niet afgerond;
- De zorgaanbieder heeft minder dan twintig unieke cliënten in zorg waardoor de anonimiteit bij het versturen van enquêteformulieren niet gewaarborgd kan worden.

In de overige situaties maken wij gebruik van de inzet van een enquêteformulieren om vast te stellen of de controledoelen worden behaald door de gecontracteerde zorgaanbieder. De Manager Zorg wordt hierover geïnformeerd.

## **2.4 Inzet enquêteformulieren**

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



### *Stap 1: Versturen enquêteformulieren*

Voor het versturen van de enquêteformulieren selecteren wij a-select een aantal cliënten die de prestaties uit de prestatie categorie Geestelijke Gezondheidszorg Wonen (GGZ-W) ontvangen. De selectie is afkomstig uit het meest recent ontvangen en gecontroleerde declaratiebestand van de betreffende zorgaanbieder. De cliënten of naasten zijn niet verplicht het enquêteformulier in te vullen en te retourneren. Het formulier wordt anoniem ingevuld.

De zorgaanbieder die prestatie categorie GGZ-W declareert en uit de materiële controle naar voren komt, wordt op de hoogte gesteld van het versturen van de enquêteformulieren aan cliënten waar zij de zorg verlenen.

Voor het opstellen van een rapport willen wij minimaal tien enquêteformulieren retour ontvangen hebben, waarbij de vraag 'Kunt u kort beschrijven hoe de zorg eruit ziet?' beantwoord is. Wij versturen in eerste instantie tussen de twintig en dertig enquêteformulieren afhankelijk van het aantal unieke cliënten. Als er na drie weken onvoldoende enquêteformulieren retour zijn ontvangen, dan wordt het aantal cliënten a-select uitgebreid.



### *Stap 2: Opstellen rapport uitkomst enquêteformulieren*

Aan de hand van de retour ontvangen enquêteformulieren stellen wij een conceptrapport op. Hierin geven wij aan of er met voldoende zekerheid vastgesteld kan worden dat de controledoelen worden behaald. Ook nemen wij eventuele verbeterpunten op in het rapport. Het conceptrapport is zodanig opgesteld dat de gegevens van de individuele enquêteformulieren niet herleidbaar zijn tot de individuele cliënten.

Per vraag uit het enquêteformulier 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%.

Wij formuleren verbeterpunten als het oordeel van een vraag onder de 80% scoort.

Op basis van de oordelen per vraag bepalen wij het eindoordeel. Het eindoordeel kent de volgende scores:

- Goed De zorgaanbieder scoort 'goed' als de score van het eindoordeel groter dan of gelijk is aan 80%.
- Ruim Voldoende De zorgaanbieder scoort 'ruim voldoende' als de score van het eindoordeel tussen de 70% en 80% ligt.
- Voldoende De zorgaanbieder scoort 'voldoende' als de score van het eindoordeel tussen de 60% en 70% ligt.
- Onvoldoende De zorgaanbieder scoort 'onvoldoende' als de score van het eindoordeel kleiner dan of gelijk is aan 60%.

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

### *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' stellen wij naar aanleiding van de uitkomst van de enquêteformulieren een verder onderzoek in. Hiervoor voeren wij een specifieke risicoanalyse uit en stellen wij een specifiek controleplan op gevolgd door een detailcontrole, zoals beschreven in paragrafen 2.5 en 2.6.

De uiteindelijke vervolgacties worden opgenomen in het rapport.

### *Stap 4: Informeren zorgaanbieder over uitkomst*

Het conceptrapport met het oordeel per vraag uit de enquêteformulieren, het eindoordeel, de eventuele verbeterpunten en/of vervolgacties wordt, na afstemming met de Manager Zorg, voorgelegd aan de gecontroleerde zorgaanbieder.

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, eventueel na afstemming met de Manager Zorg, wij aan de zorgaanbieder.

Intern wordt de relatiebeheerder van de betreffende zorgaanbieder en de Manager Zorg geïnformeerd over de 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 (bijvoorbeeld een accountant) in die de situatie beoordeelt. Zowel het zorgkantoor als de zorgaanbieder is gehouden aan de uitspraak van deze derde partij.

#### *Stap 5: Opvolging uitkomst enquêteformulieren*

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

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 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 en de voortgang van het verbeterplan besproken. Eventuele afspraken hieromtrent worden vastgelegd in het addendum bij de overeenkomst. Daarnaast wordt ingegaan op de planning van de eventuele vervolgacties.

## **2.5 Specifieke risicoanalyse en specifiek controleplan**

Wij starten een specifieke risicoanalyse als, met de algemene controlemiddelen en de inzet van het versturen van de enquêteformulieren, niet met voldoende zekerheid vastgesteld kan worden dat de zorgaanbieder voldoet aan de controledoelen.

Het kan voorkomen dat tijdens de algemene risicoanalyse blijkt dat het betreffende controledoel niet kan worden vastgesteld aan de hand van algemene controlemiddelen. Als deze situatie zich voordoet kunnen wij direct een specifieke risicoanalyse uitvoeren, een specifiek controleplan opstellen en specifieke controlemiddelen inzetten. Het is dan niet noodzakelijk om het gehele controleproces uit dit document te doorlopen. Indien een stap niet mogelijk is én wij kunnen dit onderbouwen, dan mag een stap worden overgeslagen. Wanneer wij signalen ontvangen van een andere partij kunnen wij ook direct overgaan tot het uitvoeren van een specifieke risicoanalyse, het opstellen van een specifiek controleplan en het inzetten van specifieke controlemiddelen. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn naar aanleiding van berichtgeving in de media of een rapport van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), alwaar één specifieke zorgaanbieder naar voren komt. Daarnaast kunnen wij in overleg met de zorgaanbieder besluiten tot het inzetten van specifieke controlemiddelen.

De specifieke risicoanalyse is erop gericht om te bepalen op welke gegevens of onderdelen een nadere detailcontrole zal worden uitgevoerd bij de zorgaanbieder. Naar aanleiding van de uitkomsten van de specifieke risicoanalyse stellen wij een specifiek controleplan op waarin gemotiveerd en met aandacht voor noodzakelijkheid, subsidiariteit en proportionaliteit, het specifieke controledoel, de objecten van de controle en de methoden van detailcontrole zijn opgenomen. Bij de uitwerking van een specifieke risicoanalyse en een specifiek controleplan met daarin de specifieke controlemiddelen is Medisch Advies betrokken.

## **2.6 Inzet detailcontrole**

Als wij het controle-instrument detailcontrole inzetten, dan houden wij ons daarbij aan hetgeen hierover in de Rlz is opgenomen. Zorgaanbieders zijn verplicht medewerking te verlenen ten behoeve van de detailcontrole, zoals beschreven in artikel 7.3 van de Rlz.

In het kader van de uitvoering van de detailcontrole informeren wij de zorgaanbieder tijdig en voorafgaand aan de controle over onderstaande punten:

- de aanleiding en het doel van de controle (de onderzoeksvraag);
- een motivatie van de nadere uitvraag aan informatie;
- de informatie die wordt uitgevraagd;
- de wijze waarop de controle zal plaatsvinden;
- wanneer er voldoende zekerheid is verkregen voor de vaststelling van het specifieke controledoel;
- wat de mogelijke gevolgen zijn van de controle;
- op welke termijn de bevindingen kenbaar zullen worden gemaakt.

Het gebruikmaken van (medische) persoonsgegevens gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur. Zoals in paragraaf 1.3 beschreven, heeft de medisch adviseur geheimhoudingsplicht, evenals de medewerkers van het zorgkantoor die onder de verantwoordelijkheid van de medisch adviseur vallen.

Er zijn twee soorten detailcontroles:

1. *Detailcontrole zonder inzage in het inhoudelijk dossier.*

Bij dit instrument wordt gebruikgemaakt van (persoons)gegevens waarover wij als zorgkantoor niet zelf beschikken. Bij deze vorm van detailcontrole behoren onder meer de volgende activiteiten tot de mogelijkheden:

- het opvragen van informatie bij de zorgaanbieder met betrekking tot het personeel. Bijvoorbeeld het BIG-registratienummer van het personeel van de zorgaanbieder, de opleidingsgegevens van het personeel van een zorgverlener, dienstroosters en gehanteerde protocollen voor het verlenen van de zorg;
- het vragen van een verklaring voor afwijkende kengetallen;
- het opvragen van administratieve gegevens en/of medische persoonsgegevens. Bijvoorbeeld detailgegevens achter de declaratie; het controleren van de afspraken van de cliënt in het (elektronische) systeem van de zorgaanbieder.

2. *Detailcontrole met inzage in het inhoudelijk dossier op locatie*

Bij deze vorm van detailcontrole wordt overgegaan tot het inzien van het dossier op de locatie bij de zorgaanbieder, het zogenoemde dossieronderzoek. Bijvoorbeeld een indicatiebesluit, een zorg- of behandelplan, de rapportages en de evaluatieverslagen. Het document Opzet detailcontrole Materiële Controle 2025 bevat de uitwerking van de inzet van het controle-instrument dossieronderzoek

### 3. EVALUATIE

Wij evalueren de uitvoering van de materiële controle jaarlijks. Hierbij stelt het zorgkantoor een memo op waarin de uitvoering en uitkomsten van materiële controle zijn opgenomen. Daarnaast bevat de memo 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	
<b>Totaal</b>	

### 4. 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 en/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.

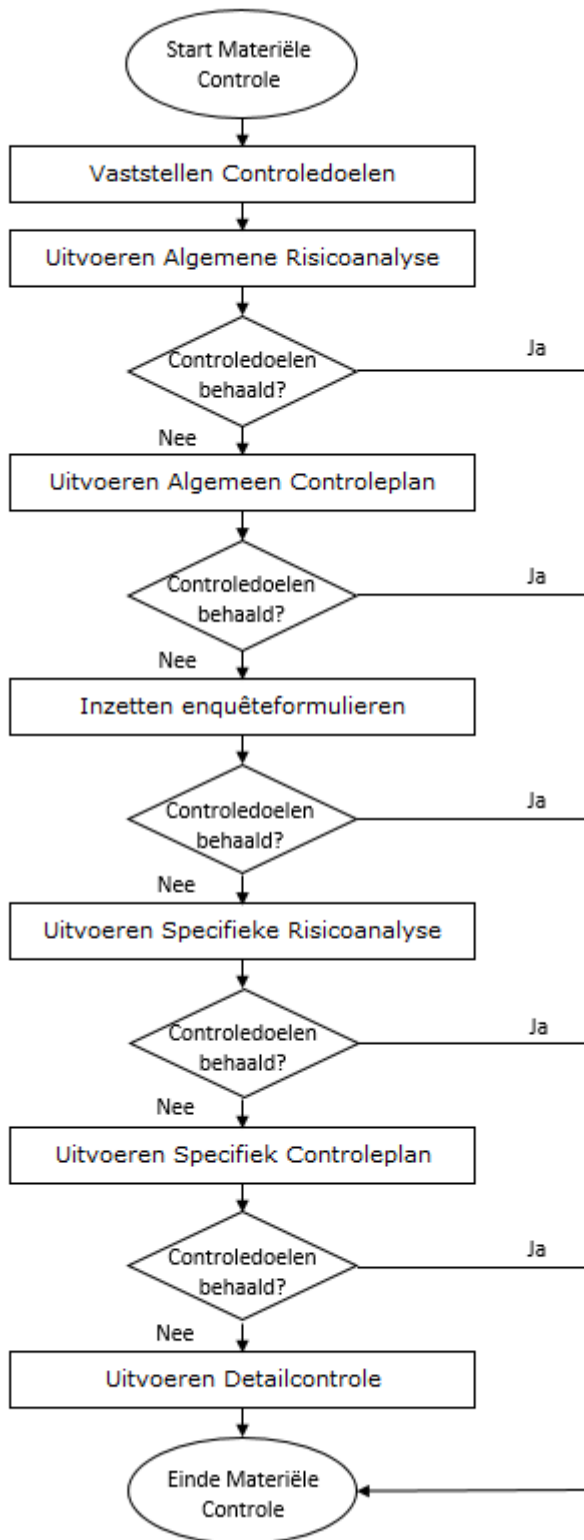
De fraudecoördinator kan altijd zelfstandig een onderzoek instellen.

## **Bijlage 1    Overzicht van de wijzigingen ten opzichte van het Controleplan van voorgaand jaar**

Naast het actualiseren van de jaartallen en de NZa-beleidsregels, zijn de volgende wijzigingen doorgevoerd in het algemene controleplan:

- De uitkomst van de algemene risicoanalyse is voor 2025 gericht op de prestatiecategorie Geestelijke Gezondheidszorg Wonen (GGZ-W).
- De redenen waarom wij een materiële controle beëindigen, zijn toegevoegd onder "Uitkomst algemeen controleplan" in paragraaf 2.3.
- In "Stap 1: Versturen enquêteformulieren" van paragraaf 2.4 zijn de volgende passages toegevoegd:
  - De cliënten of naasten zijn niet verplicht het enquêteformulier in te vullen en te retourneren. Het formulier wordt anoniem ingevuld.
  - De zorgaanbieder die prestatiecategorie GGZ-W declareert en uit de materiële controle naar voren komt, wordt op de hoogte gesteld van het versturen van de enquêteformulieren aan cliënten waar zij de zorg verlenen.
  - Wij versturen in eerste instantie tussen de twintig en dertig enquêteformulieren afhankelijk van het aantal unieke cliënten.
- In paragraaf 2.5 is de betrokkenheid van Medisch Advies toegevoegd.
- In bijlage 4 is de inschatting van de risico-indicator "Prestatiecategorie eerder gecontroleerd" van de algemene risicoanalyse aangepast.
- In bijlage 5 is de volgorde van de gebruikte gegevens aangepast, waarbij is aangesloten op de redenen uit paragraaf 2.3 waarom wij een materiële controle als beëindigd beschouwen.

## Bijlage 2 Stroomschema Materiële Controleplan



## Bijlage 3 Onderverdeling prestatiecodes naar prestatie-categorieën

De prestatiecodes zijn afkomstig uit de NZa-Beleidsregels BR-REG-25130b (bijlage 2) en BR-REG-25131a (bijlage 4).

Prestatiecategorie	Prestatiecodes
(SG)LVG	Z513, Z523, Z533, Z543, Z553, Z573
Crisis zorg	Z110, Z492, Z493, Z494, Z560
DTV	D041, D051, D061, D071, D081, H401, H402, H403, H404, H405, D430, D440, D454, D460, D470, D480, D624, D640, D650, D660, D670, D720, D730, D740, D824, D830, D840, D850
GGZ-B	Z212, Z222, Z232, Z242, Z252, Z262, Z272, Z213, Z223, Z233, Z243, Z253, Z263, Z273
GGZ-W	Z212G, Z222G, Z232G, Z242G, Z252G, Z213G, Z223G, Z233G, Z243G, Z253G, Z211G, Z221G, Z231G, Z241G, Z251G, Z210G, Z220G, Z230G, Z240G, Z250G
LG	Z624, Z625, Z640, Z650, Z660, Z670, Z641, Z651, Z661, Z671, Z642, Z652, Z662, Z672, Z643, Z653, Z663, Z673
Logeren	Z999, Z1000, Z1001, Z1002, Z1003, Z1004, Z1006
Meerzorg	ZMZ01
MPT	H117, H118, H119, H126, H127, H120 <sup>1</sup> , H138, H139, H300, H150, H152, H153, H301, H303, H302, H304, H306, H132 <sup>2</sup> , H180 <sup>3</sup> , H104, H128, H106
MPT BH	H335, H336, H329, H330, H325, H334, H331, H332, H333, H802, H804, H338, H840, H819, H820, H821, H817, H822, H891
MPT DB	H531
MPT DB GGZ-W	F125
MPT DB LG	H831, H832, H833, H834, H835, H836
MPT DB VG	H811, H812, H813, H814, H815, H816, H818
MPT DB VV	H800, H533
MPT DB ZG	H851, H852, H853, H854, H855, H856, H871, H872, H873, H874, H875, H876
MPT Overig	H321, H337
MPT Vervoer	H8030, H8031, H8032, H8033, H8034, H8035, H8036, H410, H411, H412, H413, H414, H415, H416, H886, H881, H882, H883, H884, H885, H887
Overbruggingszorg (SG)LVG	O513, O523, O533, O543, O553, O573
Overig VV	Z095, Z101, Z097, Z103
Overig ZZP	Z995, Z997, Z998, Z916, Z917, Z280, Z1007, Z1008
VG	Z430, Z440, Z454, Z460, Z470, Z480, Z431, Z441, Z455, Z461, Z471, Z481, Z432, Z442, Z456, Z462, Z472, Z482, Z433, Z443, Z457, Z463, Z473, Z483

<sup>1</sup> Vanaf 1 januari 2025 is niet mogelijk om deze prestatie te declareren. De realisatie 2024 van H120 wordt opgenomen in de prestatie categorie MPT.

<sup>2</sup> Vanaf 1 januari 2025 is niet mogelijk om deze prestatie te declareren. De realisatie 2024 van H132 wordt opgenomen in de prestatie categorie MPT.

<sup>3</sup> Vanaf 1 januari 2025 is niet mogelijk om deze prestatie te declareren. De realisatie 2024 van H180 wordt opgenomen in de prestatie categorie MPT.

<b>Prestatiecategorie</b>	<b>Prestatiecodes</b>
VPT (SG)LVG	V513, V523, V533, V543, V553, V573
VPT GGZ-W	V210G, V220G, V230G, V240G, V250G, V211G, V221G, V231G, V241G, V251G
VPT LG	V624, V625, V640, V650, V660, V670, V641, V651, V661, V671, V642, V652, V662, V672, V643, V653, V663, V673
VPT Overig	V095, V101, V097, V103, V920, V910, V918B, V923B, V921B, V975, V976, V977, V978, V979, V980, V981, V913, V914, V915, V919
VPT Vervoer	V9010, V9011, V940G, V941G, V942G, V943G, V944G, V945G, V946G, V940, V941, V942, V943, V944, V945, V946
VPT VG	V430, V440, V454, V460, V470, V480, V431, V441, V455, V461, V471, V481, V432, V442, V456, V462, V472, V482, V433, V443, V457, V463, V473, V483
VPT VV	V041, V051, V061, V071, V081, V043, V053, V063, V073, V083
VPT ZG	V710, V720, V730, V740, V711, V721, V731, V741, V712, V722, V732, V742, V713, V723, V733, V743, V814, V824, V815, V825, V830, V840, V850, V831, V841, V851, V832, V842, V852, V833, V843, V853
VV	Z041, Z051, Z061, Z071, Z081, Z043, Z053, Z063, Z073, Z083
Worden niet meer afgegeven	Z015, Z025, Z031, Z033, Z414, Z424, Z415, Z425, Z614, Z615, Z630, Z631, Z632, Z633, V015, V025, V031, V033, V414, V424, V415, V425, V614, V615, V630, V631, V632, V633
WZD	Z1009, Z1010, Z1011, Z1012, Z1013, H353, H354, H355, H356, H357, V1009, V1010, V1011, V1012, V1013
ZG	Z710, Z720, Z730, Z740, Z711, Z721, Z731, Z741, Z712, Z722, Z732, Z742, Z713, Z723, Z733, Z743, Z814, Z824, Z815, Z825, Z830, Z840, Z850, Z831, Z841, Z851, Z832, Z842, Z852, Z833, Z843, Z853
ZZP DB GGZ-W	H001G, H002G, H003G, H004G, H005G
ZZP DB LG	H910, H913, H914, H915, H916
ZZP DB VG	H900, H903, H904, H906, H902
ZZP DB ZG	H920, H921, H922, H930, H931, H933, H934
ZZP Overig	Z920, Z910, Z918B, Z923B, Z921B, Z911, Z912, Z975, Z976, Z977, Z922, Z978, Z979, Z980, Z982, Z981, Z913, Z914, Z915, Z919, H940, H941, H942, H943, H950, H951, H952, H960, H961, H962, H970, H971, H972, Z983
ZZP Vervoer	Z9010, Z9011, Z902, Z940G, Z941G, Z942G, Z943G, Z944G, Z945G, Z946G, H420, H421, H422, H423, H424, H425, H426, Z940, Z941, Z942, Z943, Z944, Z945, Z946, H963, H965, H966, H967, H968, H969, H964



## Bijlage 4 Overzicht risico-indicatoren algemene risicoanalyse

Risico-indicator algemene risicoanalyse	Reden risico-indicator	Inschatting risico	Weging	Bron
Gedeclareerd aantal en gedeclareerd bedrag per prestatiecategorie	De hoogte van het gedeclareerd bedrag of de gedeclareerde aantallen kunnen een risico vormen voor het behalen van de controledoelen.	<p><i>Gedeclareerd aantal</i></p> <p>1: ≤ 25.000 of Nvt</p> <p>3: &gt; 25.000 en ≤ 75.000</p> <p>5: &gt; 75.000</p> <p><i>Gedeclareerd bedrag</i></p> <p>1: ≤ € 5.000.000 of Nvt</p> <p>3: &gt; € 5.000.000 en ≤ € 20.000.000</p> <p>5: € 20.000.000 = 5</p>	1x  3x	Productiemonitor
Aantal unieke aanbieders per prestatiecategorie	Het risico op het financieren van niet-geleverde zorg is voor ons kleiner wanneer de prestatiecategorie door meerdere gecontracteerde zorgaanbieders wordt geleverd.	<p>1: ≥ 10 of Nvt</p> <p>3: ≥ 5 en &lt; 10</p> <p>5: &lt; 5</p>	2x	Productiemonitor
Aantal gedeclareerde prestatiecodes per prestatiecategorie	De omvang van de gedeclareerde prestatiecodes per categorie kunnen een risico vormen voor het behalen van de controledoelen	<p>1: &lt; 10 of Nvt = 1</p> <p>2: ≥ 10 en &lt; 25</p> <p>3: ≥ 25</p>	2x	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.	<p>1: Geen toevoeging van nieuwe prestaties</p> <p>5: Toevoeging nieuwe prestatie</p>	1x	Productiemonitor

<b>Risico-indicator algemene risicoanalyse</b>	<b>Reden risico-indicator</b>	<b>Inschatting risico</b>	<b>Weging</b>	<b>Bron</b>
Signalen van Relatiebeheer, team Zorgregistratie en Zorgbemiddeling, de Medisch Advies 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.	<i>Relatiebeheer, Medisch Advies, Afdeling BO</i> 1: Nee 5: Ja  <i>Team Zorgregistratie en Zorgbemiddeling</i> 1: Geen meldingen 3: 1 melding 5: 2 of meer meldingen	1x	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: Controle heeft in de afgelopen 5 jaar plaatsgevonden 3: Controle heeft in de afgelopen 6 jaar t/m 10 jaar plaatsgevonden 5: Niet gecontroleerd of controle is langer dan 10 jaar geleden	2x	Risicoanalyse voorgaande 2 jaar

## Bijlage 5 Overzicht gebruikte gegevens bij het algemeen controleplan

Voor het uitvoeren van het algemeen controleplan zijn de onderstaande gegevens gebruikt. Deze zijn geanalyseerd en beoordeeld. Vervolgens hebben wij een inschatting gemaakt hoe groot de kans is dat de gecontracteerde zorgaanbieder de vastgestelde controledoelen behaald. Deze inschatting wordt uitgedrukt in: hoog (5), midden (3) of laag (1).

Gegevens	Reden	Beoordeling	Wegin g	Bron
Declaratie prestatiecode	Wanneer zorgaanbieders de geselecteerde prestatiecode niet leveren, geeft dat ons informatie over het behalen van de controledoelen.	1: Nee 5: Ja	Nvt	Productiemonitor
<i>De beoordeling "inzet specifieke controle voorgaand jaar" wordt alleen ingevuld als de uitkomst van de beoordeling "Declaratie prestatiecode" een 5 is.</i>				
Specifieke controle voorgaand jaar	Wij ronden eerst een specifieke controle van het voorgaande jaar af voordat we een nieuw onderzoek starten	Ja: De specifieke controle die gestart is in het voorgaande jaar is nog niet afgerond Nee: De specifieke controle die gestart is in het voorgaande jaar is afgerond Nvt: Er heeft geen specifieke controle in het voorgaande jaar plaatsgevonden	Nvt	Rapporten vragenlijsten
<i>De beoordeling "Unieke cliënten prestatiecode" wordt alleen ingevuld als de uitkomst van de beoordeling "Specifieke controle voorgaand jaar" een "Nee" of een "Nvt" is.</i>				
Unieke cliënten prestatiecode	Het aantal unieke cliënten van een zorgaanbieder binnen de prestatiecode geven ons informatie over het risico op het behalen van de controledoelen.	<i>Aandeel unieke cliënten in een vastgestelde maand</i> 1: < 20 3: ≥ 20 en < 50 5: ≥ 50	Nvt	Productiemonitor
<i>De hiernavolgende beoordelingen worden alleen ingevuld als de uitkomst van de beoordeling "Unieke cliënten prestatiecode" een 3 of een 5 is.</i>				
Aandeel zorgaanbieder prestatiecode in aantallen en bedrag	De grootte van het aandeel in aantallen en in bedrag binnen de prestatiecode geven ons informatie over het behalen van de controledoelen.	1: < 5% 3: ≥ 5% en < 15% 5: ≥ 15%	3x	Productiemonitor

Gegevens	Reden	Beoordeling	Wegin g	Bron
Openstaande vacatures en ziekteverzuim	Het aantal openstaande vacatures en de hoogte van het ziekteverzuim kunnen effect hebben op de levering en passendheid van de zorg en daarmee op het behalen van de controledoelen.	1: Aantal of % < regionaal gewogen gemiddelde 3: Aantal of % = regionaal gewogen gemiddelde of onbekend 5: Aantal of % > regionaal gewogen gemiddelde	1x	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 en daarmee het behalen van de controledoelen.	<i>Tijdigheid</i> 1: Alle AW319-berichten zijn tijdig aangeleverd of geen declaraties 3: Het AW319-bericht is 1x te laat aangeleverd 5: Het AW319-bericht is 2 of meer keer te laat aangeleverd  <i>Afkeur</i> 1: Geen declaraties of de gemiddelde afkeur is < 0,5% 3: Gemiddelde afkeur > 0,5% en < gemiddelde regionale afkeur 5: Gemiddelde afkeur ≥ Gemiddelde regionale afkeur	2x	Rapportage over aanlevering en afkeur
iWlz-meldingen	De tijdigheid waarmee de zorgaanbieder iWlz-meldingen aan ons doorgeeft kan effect hebben op het behalen van de controledoelen.	1: % is 100% of niet van toepassing 3: % ≥ 98% en < 100% 5: % < 98%	2x	Managementrapp ortages van de zorgaanbieders
Signalen van Relatiebeheer, team Zorgregistratie en Zorgbemiddeling, de Medisch Adviseurs en de afdeling BO	Ontvangen signalen over gecontracteerde zorgaanbieders kunnen ons informatie geven over het niet behalen van de controledoelen.  Overigens worden alle signalen individueel opgevolgd.	Relatiebeheer, Medisch Advies, Afdeling BO 1: Nee 5: Ja  Team Zorgregistratie en Zorgbemiddeling 1: Nee 3: Eenmaal 5: Meer dan 1	1x	Ontvangen signalen over de zorgaanbieder door de betreffende teams

<b>Gegevens</b>	<b>Reden</b>	<b>Beoordeling</b>	<b>Wegin g</b>	<b>Bron</b>
IGJ-rapporten	IGJ-rapporten zijn voor ons een bron om de levering van zorg bij de zorgaanbieder te monitoren.	1: 80% van de onderzochte items scoort minimaal lichtgroen of niet van toepassing 3: 60% tot 80% van de onderzochte items scoort minimaal lichtgroen 5: Minder dan 60% van de onderzochte items scoort minimaal lichtgroen  De score blauw wordt niet meegenomen	2x	IGJ-rapporten
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.	1: Geen klachten over de zorgaanbieder ontvangen in de twee voorgaande jaren 3: Klachten over de zorgaanbieder in de twee voorgaande jaren ontvangen of onbekend 5: Klachten over de zorgaanbieder in de twee voorgaande jaren ontvangen	2x	Klachtenregistratie van het zorgkantoor

## Bijlage 6 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 Algemeen Controleplan Materiële Controle 2025.

### 1. Aantal retour te ontvangen enquêteformulieren

Voor het opstellen van het rapport hanteren wij een minimum van tien enquêteformulieren. De ervaringen van voorgaande jaren leert dat het aantal van tien enquêteformulieren 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.

### 2. Uitkomst score vragen en eindoordeel enquêteformulieren

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

Voor de scores per vraag hanteren we het volgende overzicht:

<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

Voor het eindoordeel hanteren we de volgende scores:

<i>Oordeel</i>	<i>Score uit controleplan</i>	<i>Gangbare score</i>
Goed	80,0%-100,0%	8,0-10,0
Ruim voldoende	70,0%-79,9%	7,0-7,9
Voldoende	60,0%-69,9%	6,0-6,9
Onvoldoende	0,0%-59,9%	0,0-5,9

### 3. 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 enquêteformulieren minimaal 80% of hoger scoren. Dat komt overeen met het oordeel 'goed'. Daarom formuleren wij een verbeterpunt als een vraag minder dan 80% scoort.