

Sociaal medisch handelen

Resultaten van een onderzoek naar de kwaliteitsborging
van het handelen van artsen en arbeidsdeskundigen binnen
de sociale verzekeringen

R02/07, juli 2002
ISSN 1383-8733
ISBN 90-5079-012-7

Inhoud

1	Inleiding	5
1.1	Model van (beoordeling van) kwaliteitsborging	5
1.2	Dossiercontrole	6
2	Beoordeling onderzoek (systeemaudit) en rapportage	7
2.1	Opzet en uitvoering onderzoek	7
2.2	Beoordeling rapportages	7
2.3	Beoordeling kwantitatieve informatie	7
2.4	Conclusie	8
3	Beoordeling model van kwaliteitsborging sociaal medisch handelen	9
3.1	Organisatorische context	9
3.2	Sturingsuitgangspunten	9
3.2.1	<i>Sturing op productie</i>	9
3.2.2	<i>Efficiencymaatregelen</i>	10
3.2.3	<i>Geen sturing op inhoudelijke kwaliteit</i>	10
3.2.4	<i>Verbetering logistieke prestaties / best practice</i>	10
3.2.5	<i>Samenhangend kwaliteitsborgingssysteem sociaal medisch handelen</i>	10
3.2.6	<i>Conclusie</i>	11
3.3	Beheersings- en verantwoordingssystematiek	11
3.3.1	<i>Inzicht in prestaties</i>	11
3.3.2	<i>Conclusie</i>	17
3.4	Conditie	17
3.4.1	<i>Capaciteit</i>	18
3.4.2	<i>Ondersteuning in productie/efficiencymaatregelen</i>	20
3.4.3	<i>Vakinhoudelijke ontwikkeling en ondersteuning</i>	22
3.4.4	<i>Conclusie</i>	22
4	Voortgangstatus verbetermaatregelen	23
4.1	Conclusie	27
5	Dossieronderzoek sociaal medisch handelen 2001	29
5.1	Algemeen	29
5.1.1	<i>Uitgangspunten</i>	29
5.1.2	<i>Positionering rechtmatigheidsonderzoek sociaal medisch handelen</i>	30
5.2	Review dossieronderzoek	31
5.2.1	<i>Onderzoekssystematiek</i>	31
5.2.2	<i>Onafhankelijkheid en betrouwbaarheid</i>	32
5.2.3	<i>Verantwoordingsrapportages</i>	32
5.2.4	<i>Conclusie</i>	32
5.3	Ziektewet	32
5.3.1	<i>Steekproeftrekking</i>	32
5.3.2	<i>Inhoudelijke resultaten</i>	33
5.3.3	<i>Rechtmatigheid gevalsbehandeling ZW</i>	35
5.4	WAO, Waz en Wajong	36
5.4.1	<i>Steekproeftrekking</i>	36
5.4.2	<i>Resultaten dossiertoets WAO, Waz en Wajong</i>	37
5.4.3	<i>Rechtmatigheid gevalsbehandeling WAO, Waz en Wajong</i>	41

6	Slotconclusies	45
6.1	Werkend model van kwaliteitsborging Kansen voor UWV?	46
6.2	Gevalsbehandeling rechtmatig verlopen	46
6.3	Waarborgen rechtmatigheid gevalsbehandeling	47
	Lijst van afkortingen	48
	Bijlage 1: Overzicht resultaten dossieronderzoek WAO en Waz (verzekeringsarts)	49
	Bijlage 2: Overzicht resultaten dossieronderzoek WAO en Waz (arbeidsdeskundige)	51
	Publicaties van de Inspectie Werk en Inkomen	53

1 Inleiding

De uitvoeringsinstellingen, Gak Nederland B.V., GUO Uitvoeringsinstelling B.V., Cadans Uitvoeringsinstelling B.V., SFB Uitvoeringsorganisatie Sociale Verzekeringen N.V. en USZO B.V. (verder te noemen Gak, GUO, Cadans, SFB UOSV en USZO), dienen zich jaarlijks te verantwoorden over de rechtmatigheid en kwaliteit van de beoordeling van het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering door verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen (het sociaal medisch handelen). Twee vragen staan hierbij centraal. Ten eerste de vraag of de sociaal medische oordeelsvorming rechtmatig en kwalitatief adequaat is uitgevoerd. Ten tweede of er voldoende waarborgen zijn om te garanderen dat de sociaal medische oordeelsvorming ook in de toekomst rechtmatig en met voldoende kwaliteit kan blijven verlopen.¹ De uitvoeringsinstellingen beantwoorden bovenstaande vragen aan de hand van een voor dit doel door de toezichthouder in samenwerking met de uitvoeringsinstellingen ontwikkeld toetskader, het protocol Sociaal Medisch Handelen (protocol SMH).

1

Het begrip rechtmatigheid wordt in het kader van het sociaal medisch handelen als volgt gedefinieerd: In overeenstemming met wet- en regelgeving, lagere regelgeving zoals vastgelegd in diverse standaarden en richtlijnen, jurisprudentie en regels van de beroepsgroep (vakinhoudelijke juistheid).

2

Vademecum Beoordelingen Arbeidsmogelijkheden, Boer, W.E.L., Hazelzet, A.M., Gerven, J.H.A.M., TNO-rapport 2002 (proefversie)

Het protocol SMH is het meest uitgewerkte model waarmee toezicht wordt gehouden op de kwaliteit van beoordelingen in de sociale zekerheid.² Door middel van het protocol SMH wordt beoogd de uitvoeringsinstellingen aan te zetten tot de ontwikkeling, uitwerking en toetsing van een integraal model van kwaliteitsborging verbijzonderd naar het sociaal medisch handelen. Deze verbijzondering is gerechtvaardigd gezien het belang van de kwaliteit van het sociaal medisch handelen als vertrekpunt voor de overige bedrijfsvoering. Immers, een onjuiste beoordeling in de spreekkamer tast de kwaliteit en rechtmatigheid van alle in het verlengde hiervan gelegen processen aan. In die zin vormt het sociaal medisch handelen de kern van (rechtmatige uitvoering van) de arbeidsongeschiktheidswetten.

1.1 Model van (beoordeling van) kwaliteitsborging

Het protocol SMH bevat de minimale vereisten waaraan de kwaliteitsborging van het sociaal medisch handelen moet voldoen. Het protocol SMH beschrijft een model van beoordeling van de kwaliteitsborging dat minimaal uit de volgende onderdelen bestaat:³

3

Protocol Sociaal Medisch Handelen UWW 2002, Inspectie Werk en Inkomen, Zoetermeer

- 1 benoeming van de minimaal beoogde kwaliteit van de gevalshandeling in termen van kwaliteitsaspecten, die meetbaar zijn en waarop prestatie-indicatoren zijn te formuleren, die eenvoudig en eenduidig zijn te verzamelen en die een actueel en correct beeld geven van de uitvoering en beoordeling van de resultaten van de uitvoeringsinstantie;
- 2 benoeming van de minimale invulling van een beheersingssysteem in de uitvoering, dat moet waarborgen dat eventuele fouten in de uitvoering direct aan het licht komen en worden bijgestuurd, en beoordeling van de aanwezigheid en de effectiviteit hiervan;
- 3 benoeming van de minimale invulling van de verantwoordingsstructuur, waarmee het hoofdkantoor inzicht heeft in de uitvoering op kantoonniveau en eventueel kan bijsturen respectievelijk waarmee het hoofdkantoor verantwoording over de uitvoering en de kwaliteitsborging kan afleggen en de beoordeling van de validiteit en effectiviteit hiervan;
- 4 benoeming van de minimale invulling van de te organiseren condities rondom de gevalshandeling, die moeten waarborgen dat een verantwoorde uitvoering mogelijk is, en beoordeling van deze condities op hun effectiviteit;
- 5 benoeming van de minimale eisen ten aanzien van vastlegging van gegevens over condities en sturing, teneinde onderzoek naar de werking van bovengenoemde punten mogelijk te maken, zowel door de uitvoeringsinstelling zelf als door de Inspectie Werk en Inkomen (IWI).

Verder wordt in het protocol SMH beschreven welke inrichtings- en beheersingssystemen ten minste worden verwacht binnen bovenstaand model van kwaliteitsborging. Hierbij gaat het om een concrete invulling van:

- richtende activiteiten: missie, visie en doorvertaling hiervan in kritische succesfactoren en te voeren producten;
- inrichtende activiteiten: het geheel aan maatregelen ter regulering van een product of dienst respectievelijk het proces, de gekozen structuur en de aangegeven grenzen;
- condities: de stijl van leidinggeven, de omstandigheden waarin, de ondersteunende instrumenten en hulpmiddelen;
- controlerende activiteiten: het geheel aan maatregelen, gericht op controle of het proces verloopt binnen de gestelde kaders of aan de gestelde eisen is voldaan;
- evaluatieve en corrigerende activiteiten: het geheel aan maatregelen gericht op onderkenning van ontwikkelingen in de omgeving van de organisatie, op evaluatie of de producten het beoogde effect sorteren en aan de hand daarvan bijstellende activiteiten.⁴

De uitvoeringsinstellingen dienen hun kwaliteitsborgingssysteem aan de hand van het protocol SMH onafhankelijk en objectief te onderzoeken en te beoordelen. Dit onderzoek wordt aangeduid als de systeemaudit.

1.2 Dossiercontrole

Als onderdeel van het kwaliteitsborgingssysteem is in het protocol een onderzoeksmethode vastgelegd aan de hand waarvan de uitvoeringsinstellingen de rechtmatigheid van de claimbeoordeling (Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), Wet arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen (Waz), Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong) en – voor het eerst in 2001 – de Ziektewet (ZW) door objectieve en onafhankelijke steekproeven op medische en arbeidsdeskundige dossiers toetsen. Het protocol voorziet in een review door IWI op de controleresultaten.

Leeswijzer

In dit katern wordt verslag gedaan van de review door IWI van de diverse onderzoeken en rapportages van de uitvoeringsinstellingen. In hoofdstuk twee wordt de kwaliteit van het onderzoek en de rapportages van diverse uitvoeringsinstellingen behandeld. Centraal staat hierbij de vraag of het onderzoek en de rapportage van voldoende kwaliteit zijn zodanig dat IWI op de resultaten en bevindingen hiervan kan steunen. Vervolgens wordt in hoofdstuk drie inhoudelijk het kwaliteitsborgingssysteem met betrekking tot het sociaal medisch handelen geanalyseerd en beoordeeld. In hoofdstuk vier beoordeelt IWI of de in het voorgaande verslagjaar gesignaleerde aandachts- en verbeterpunten door de uitvoeringsinstellingen zijn aangepakt en welke nieuwe aandachtspunten en verbetermaatregelen aan de orde zijn. De resultaten van het dossieronderzoek komen in hoofdstuk vijf aan de orde. Tot slot volgt een samenvattende beschouwing in hoofdstuk zes.

2 Beoordeling onderzoek (systeemaudit) en rapportage

2.1 Opzet en uitvoering onderzoek

De uitvoeringsinstellingen stellen het beschreven beheersingsmodel in het protocol SMH als vertrekpunt te hebben genomen voor de toetsing van het eigen beheersingssysteem van het sociaal medisch handelen. De verschillende uitvoeringsinstellingen hanteren ieder een eigen variant in de wijze waarop en de mate van diepgang waarmee men het beheersingssysteem inhoudelijk toetst. Ook de inrichting en organisatie van het onderzoek uitvoering verschilt per uitvoeringsinstelling.

Voor IWI is het van belang dat de systeemaudit zodanig is ingericht dat een getrouw en representatief beeld van de stand van zaken wordt gegeven. Vereist is dat de onderzochte kantoren ofwel processen representatief zijn voor de gang van zaken binnen de betreffende uitvoeringsinstelling. De auditor moet onafhankelijk tot zijn oordeel kunnen komen. IWI heeft vastgesteld dat aan deze minimumvereisten is voldaan.

2.2 Beoordeling rapportages

In meer of mindere mate richten de onderzoeken en rapportages zich op de in het protocol SMH onderscheiden elementen (sturingsuitgangspunten, beheersingssystematiek, verantwoordingsystematiek, inrichting en condities van de gevalsbehandeling en interne verslaglegging). Geen van de uitvoeringsinstellingen beschrijft en analyseert deze elementen volledig en in hun onderlinge samenhang. De meeste uitvoeringsinstellingen geven aan zich te richten op specifieke risico's. Risico's die ontleend zijn aan een diepgravende min of meer zelfstandige risicoanalyse (Gak) of op basis van eerder of ander onderzoek (GUO, Cadans). Cadans en USZO richten zich vooral op de effectiviteit van eerder ingezette verbetermaatregelen. SFB werkt gestructureerd en inzichtelijk de opzet van het kwaliteitsborgingssysteem uit en sluit aan bij rapportages in voorgaande jaren.

Het protocol SMH biedt nadrukkelijk ruimte voor de bovengenoemde diversiteit. Onder de voorwaarde dat op grond van eerdere rapportages, andere documenten of onderzoeksverslagen een volledig inzicht in het kwaliteitsborgingssysteem mogelijk is. Dit volledige en samenhangende inzicht en overzicht is echter niet bij iedere uitvoeringsinstelling handzaam te reconstrueren. Hierdoor ontstaat het risico op een fragmentarisch beeld van het kwaliteitsborgingssysteem.

Positief is dat alle uitvoeringsinstellingen een zelfkritische attitude laten zien en zich meer dan in voorgaande jaren hebben gericht op een onderzoek naar de feitelijke werking van de diverse elementen van het sturings- en beheersingssysteem. De mate van diepgang en intensiviteit van het onderzoek is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Er is een zekere routine in de activiteiten gekomen. SFB heeft een integratieslag gemaakt door de diverse onderzoeken in het kader van sociaal medisch handelen in te bedden binnen een vaste systematiek van kwaliteitsonderzoeken als onderdeel van het eigen integrale sturings- en beheersingssysteem. Met een dergelijke structurele benadering wordt voorkomen dat het onderzoek sociaal medisch handelen een ad hoc karakter krijgt en slechts als 'kunstje voor de toezichthouder' wordt opgevoerd.

2.3 Beoordeling kwantitatieve informatie

Het protocol SMH vraagt de uitvoeringsinstellingen inzicht te bieden in een aantal voor de kwaliteit van het sociaal medisch handelen relevant geachte indicatoren. Het gaat hierbij om kerngegevens als klachtenafhandeling, bezwaar- en beroepszaken, keuringsuitslagen, productiecijfers en dergelijke. IWI heeft kunnen vaststellen dat de aangeleverde kwantitatieve informatie over

het algemeen vollediger, overzichtelijker en betrouwbaarder is dan voorgaande jaren.⁵
Verduidelijking van de voorschriften, toegenomen routine en verbetering van de beschikbare
managementinformatie liggen ten grondslag aan deze positieve ontwikkeling.

De achtergrond van deze informatie-uitvraag is dat de rechtmatigheid en kwaliteit van het
sociaal medisch handelen niet los kan worden gezien van de ontwikkelingen van andere rele-
vante indicatoren. Als bijvoorbeeld een lagere WAO-instroom gepaard zou gaan met een
extreme stijging in het aantal klachten of gewonnen beroepszaken, is dit uiteraard een relevant
gegeven. Uit de diverse rapportages blijkt onvoldoende dat uitvoeringsinstellingen de diverse
ontwikkelingen op dit punt in samenhang analyseren en beoordelen. Dit leidt tot het risico van
suboptimalisatie: aansturing op enkele indicatoren, terwijl andere worden veronachtzaamd.

Tabel 2.1

Opzet, uitvoering en rapportage systeemaudit

¹⁾ Niet uitgevoerd	Cadans	Gak	GUO	SFB	USZO
Opzet onderzoek					
Risicoanalyse	+/-	++	+/-	+	¹⁾
Plan van aanpak	+	++	+	+	+
Naleving protocol SMH	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-
Uitvoering onderzoek					
Naleving plan van aanpak	+/-	++	+	+	+/-
Onafhankelijkheid	+	+	+	+	+
Diepgang	+/-	++	+/-	+/-	-
Rapportage					
Getrouwheid	+	+	+	+	+
Consistentie	+/-	+	+	+	+/-
Continuïteit	+	+/-	+	++	+/-
Transparantie	+	+	+	+	+/-
Zelfkritisch gehalte	+	+	+	+	+
Tijdigheid	-	+	-	+	+/-
Kwantitatieve informatie	+	+	-	+/-	+/-

Legenda

++ = zeer goed
+ = goed
+/- = voldoende
- = matig
-- = slecht

2.4 Conclusie

IWI is van oordeel dat ten aanzien van de bevindingen van de systeemaudit naar de beheersing
van het sociaal medisch handelen met voldoende zekerheid kan worden gesteund op het
onderzoek en de verslaglegging hiervan door de uitvoeringsinstellingen. De inbedding van (ver-
antwoording over) sturing en beheersing van het sociaal medisch handelen in de eigen planning-
en controlcyclus blijft een punt van aandacht. De uitvoeringsinstellingen geven ieder een eigen
invulling aan (de beoordeling van) het kwaliteitsborgingssysteem. Bij een enkele uitvoeringsin-
stantie dreigt de audit te verworden tot een routinematige activiteit in plaats van een wezenlijk
onderdeel van een op 'leren' en verbetering gerichte bedrijfsvoering. De aangeleverde kwanti-
tatieve informatie is vollediger, overzichtelijker en betrouwbaarder. Uit de diverse rapportages
blijkt dat de uitvoeringsinstellingen met wisselende intensiteit en diepgang de diverse ontwikke-
lingen van voor de kwaliteit van het sociaal medisch handelen relevante indicatoren in samen-
hang analyseren en beoordelen.

3 Beoordeling model van kwaliteitsborging sociaal medisch handelen

3.1 Organisatorische context

Vanzelfsprekend vormde voor de diverse uitvoeringsinstellingen zeker vanaf medio 2001 het proces van de vorming van Uitvoering Werknemersverzekeringen (UWV) meer en meer een pregnant gegeven. Specifieke verbetertrajecten zijn medio 2001 onder de regie van UWV in oprichting gekomen.⁶ De mate van invloed die de UWV-vorming heeft (gehad) op de (verbetering van) de kwaliteit(sborging) van het sociaal medisch handelen is wisselend. Gak maakt melding dat het project Kwaliteitsvisie met als doel systematische kwaliteitsbeheersing binnen de arbeidsongeschiktheidsprocessen op te zetten, in afwachting van de UWV-vorming is gestopt. Voor Cadans vormde de UWV-vorming ook aanleiding om pas op de plaats te maken. De audit-rapportage van vorig jaar heeft niet geleid tot het benoemen van verbeterpunten in expliciete, formele verbetertrajecten. Evenmin zijn er prioriteiten gesteld binnen de genoemde verbeterpunten. Cadans constateert dat de diverse gesignaleerde verbeteringen op 'organische wijze' tot stand zijn gekomen. USZO maakt melding van 'onvermijdelijke concessies' door het proces van UWV-vorming aan de sturing van de lopende zaken in het algemeen en dus ook voor het sociaal medisch handelen. GUO geeft aan dat in 2001 in de directe uitvoering weinig gemerkt is van de veranderingen. Men verwacht hierin in de komende periode echter veranderingen. SFB tenslotte stelt – evenals in voorgaande jaren – dat de diverse reorganisaties veel energie en menskracht vergen en aanleiding geven voor onzekerheid onder personeel. Als gevolg hiervan vertrekt gekwalificeerd personeel met negatieve gevolgen voor de kwaliteit.

3.2 Sturingsuitgangspunten

Een adequaat kwaliteitsborgingssysteem voor het sociaal medisch handelen kan niet op zichzelf staan. Ideaaltypisch vormen de organisatiedoelstellingen op het hoogste niveau het uitgangspunt voor de kwaliteitsborging van de diverse processen. Het streven moet gericht zijn op de ontwikkeling van een consistent sturings- en beheersingssysteem waarmee een goede balans wordt gebracht in enerzijds de realisatie van productiedoelstellingen en anderzijds het realiseren van inhoudelijke doelstellingen als instroombeperking, reïntegratie en inhoudelijke kwaliteit.

3.2.1 Sturing op productie

De opmerkingen van de toezichthouder over eerdere verslagjaren aangaande de gehanteerde sturingsuitgangspunten kunnen hier onverkort worden herhaald. Zonder uitzondering rapporteren de uitvoeringsinstellingen dat voor het management in de aansturing van het sociaal medisch handelen vooral tijdigheid en het beheersen van de werkvoorraad als belangrijkste uitgangspunten voor de operationele aansturing gelden. Inhoudelijke kwaliteitsdoelstellingen of doelstellingen op de effectiviteit van het sociaal medisch handelen zijn vrijwel niet geformuleerd. De uitvoeringsinstellingen hanteren een targetgerichte productiesturing als uitgangspunt. Aandacht van het management voor de kwaliteit van de gevalsbehandeling vertaalt zich vrijwel uitsluitend in eenzijdige aandacht voor het tijdigheidsaspect van enkele wettelijke producten. Hierbij legt het management het accent op de eerste claimbeoordeling WAO. Dit gegeven is in het verslagjaar 2001 geaccentueerd door ingezette inhaalslagen – onder andere ingegeven door een convenant dat hiertoe is afgesloten tussen de opdrachtgever en de uitvoeringsinstellingen – om achterstanden weg te werken.

⁶ Het betreft hier het wegwerken van achterstanden, de introductie van het Claimbeoordelings- en borgingssysteem (CBBS), de introductie van niet-artsen ter ondersteuning in de productie, de ontwikkeling van criteria voor een versnelde afhandeling van herbeoordelingen, de implementatie van de Wet verbetering poortwachter.

3.2.2 Efficiency-maatregelen

Binnen alle uitvoeringsinstellingen zijn maatregelen getroffen om de capaciteit te verhogen of de beschikbare capaciteit efficiënter in te zetten. Voorbeelden hiervan zijn verkorte procedures voor de afdoening van (her)beoordelingen of de inzet van andere functionarissen dan artsen in het claimbeoordelingsproces (zie onder condities). Deze maatregelen worden soms per vestiging wisselend ingevuld. Het oorspronkelijke sturings- en beheersingssysteem, voorzover dit als herkenbare entiteit aanwezig is, voorziet doorgaans (nog) niet in deze nieuwe ontwikkelingen. Met de efficiency- en capaciteitsverhogende maatregelen worden aanmerkelijke risico's voor de kwaliteit geïntroduceerd. Risico's waarop vaak nog geen structurele beheersmaatregelen zijn ingezet. Onder andere Gak en Cadans maken op diverse plaatsen melding van dit gegeven en wijzen op risico's die hieruit voortvloeien en ook daadwerkelijk zijn opgetreden.

3.2.3 Geen sturing op inhoudelijke kwaliteit

Het vrijwel ontbreken van directe sturing op de inhoudelijke kwaliteit en de toenemende druk op productie wordt door zowel de uitvoerende professionals als door stafmedewerkers als een bedreiging voor de zorgvuldigheid en de kwaliteit van de sociaal medische oordeelsvorming ervaren.

Hoewel de uitvoeringsinstellingen alle aan min of meer gestructureerde vormen van inhoudelijke kwaliteitsmeting doen (vooral bestaande uit dossiertoetsen), spelen de resultaten van deze metingen geen rol van betekenis als uitgangspunten voor de aansturing. De door Gak ontwikkelde prestatie-indicator-plausibiliteit (een maat voor de vakinhoudelijke kwaliteit) speelt geen rol in de aansturing van en door het (operationeel) management.

3.2.4 Verbetering logistieke prestaties/best practice

Bij Gak en SFB is veel tijd gestoken in de uniformering van de werkprocessen arbeidsgeschiktheid. Met de invoering van het best practice model arbeidsgeschiktheid (AG) is er bij Gak meer uniformiteit in de structuur van de organisatie van de werkprocessen arbeidsgeschiktheid nagestreefd ofwel tot stand gekomen waarbinnen op kantoonniveau enige ruimte is gelaten om de binnen de daar geldende lokale situatie de juiste beslissingen te nemen. Er is een trend waarneembaar waarbij meer centrale sturing op de werkprocessen wordt nagestreefd. Deze ontwikkelingen hebben vooral gevolgen voor het logistieke deel (productie en tijdigheid) van het sociaal medisch handelen en zijn niet gericht op de inhoudelijke kwaliteit. Zoals aangegeven is het project Kwaliteitsvisie, juist gericht op systematische inhoudelijke kwaliteitsbeheersing, in afwachting van UWV-vorming gestaakt.

3.2.5 Samenhangend kwaliteitsborgingssysteem SMH

Een volledige en consistente uitwerking van een kwaliteitsborgingssysteem voor het sociaal medisch handelen als zelfstandige en herkenbare entiteit is bij de diverse uitvoeringsinstellingen met wisselende diepgang uitgewerkt. De rapportage van SFB beschrijft op een hoog abstractieniveau inzichtelijk in opzet de contouren van een dergelijk systeem. Het referentiemodel Systeemopzet Sociaal Medisch Handelen, dat Gak als bijlage aan de rapportage toevoegt, voldoet aan vergelijkbare kwalificaties. GUO en USZO kennen een kwaliteitshandboek dat bedoeld is om hierin te voorzien, doch dit vormt slechts in beperkte mate een actieve leidraad in de inrichting van het kwaliteitsborgingssysteem en de dagelijkse aansturing en beheersing van het sociaal medisch handelen. Daar waar de uitvoeringsinstellingen beschikken over een in opzet adequaat systeem, is gebleken dat dit systeem slechts ten dele is geïmplementeerd en werkzaam is. Met de efficiency- en capaciteitsverhogende maatregelen worden aanmerkelijke risico's voor de kwaliteit geïntroduceerd, waarin in de beschikbare kwaliteitsborgingsystemen, voorzover herkenbaar als omschreven entiteit, meestal nog geen rekening is gehouden.

3.2.6 Conclusie

IWI stelt opnieuw vast dat de aansturing van het sociaal medisch handelen vrijwel uitsluitend is gericht op kwantiteit en niet op kwaliteit en effectiviteit. Op dit punt is ten opzichte van het voorgaande verslagjaar weinig vooruitgang geconstateerd. In het verslagjaar was onder andere door majeure inhaalslagen eerder sprake van een bekrachtiging van deze eenzijdige aansturing. Een kwalitatief verantwoord en doeltreffend sociaal medisch handelen vereist een concreet, samenhangend en integraal kwaliteitsborgingssysteem, waarbij enerzijds organisatiedoelstellingen op het gebied van productie en tijdigheid en anderzijds inhoudelijke doelstellingen op het gebied van instroombeperking, reïntegratie en inhoudelijke kwaliteit in samenhang en balans worden uitgewerkt.

3.3 Beheersings- en verantwoordingssystematiek

Een adequaat beheersingssysteem bestaat uit maatregelen die erop gericht zijn inzicht te verschaffen in het verloop van de gevalsbehandeling en eventuele fouten in de uitvoering onmiddellijk te corrigeren. De verantwoordingssystematiek verschaft inzicht in de gevalsbehandeling om aan te geven hoe deze is verlopen en of de diverse uitvoerenden hun verantwoordelijkheid hebben waargemaakt. De beheersingssysteematiek is eenzijdig ingericht op de door de uitvoeringsinstellingen gehanteerde dominante sturingsuitgangspunten: tijdigheid en productie. De beschikbare managementinformatie is hierop ten principale gericht, doch ook meer inhoudelijk georiënteerde informatie komt beschikbaar. Met name informatie over de resultaten van de gevalsbehandeling (keuringsuitslagen) komt voor het (operationele) management en de uitvoerende medewerkers steeds meer beschikbaar.

Ook tegengestelde ontwikkelingen doen zich voor. De voorgenomen verbeteractie van USZO om tot een monitorfunctie op de uitvoering door de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige is gestaakt met als reden dat het geautomatiseerd systeem niet zodanig is ingericht dat de procesbehandelaars zijn te identificeren. Een vergelijkbare stagnatie heeft zich voorgedaan bij GUO.

De betrouwbaarheid en beschikbaarheid van informatie is verbeterd ten opzichte van voorgaande verslagjaren. Diverse verbeterlagen bij de verschillende uitvoeringsinstanties hebben op dit punt positieve resultaten opgeleverd. Informatie over input, productie, voorraden, doorlooptijden en tijdigheid is doorgaans op kantoonniveau beschikbaar en van voldoende niveau.

3.3.1 Inzicht in prestaties

Tijdigheid

Hoewel de tijdigheid van de diverse wettelijke producten als dominant sturingsuitgangspunt geldt, en het beheersings- en verantwoordingssysteem hierop is ingericht, is de tijdigheid afgenomen of min of meer constant (laag) gebleven (USZO). Uit de tijdigheidscijfers komt de sturing op de eindewachttijdbeoordeling als prioriteit nadrukkelijk naar voren. Bij enkele uitvoeringsinstellingen is sprake van een daling in de tijdigheid. Dit kan het gevolg zijn van het wegwerken van achterstanden danwel nieuwe instroom die te laat wordt beoordeeld.⁷

⁷

De wijze waarop tijdigheid berekend wordt, leidt ertoe dat dossiers die niet zijn afgehandeld, ook niet in de tijdigheidsberekening worden meegenomen. Pas wanneer een (te laat) dossier is afgerond, telt deze als 'te laat' in de tijdigheidsscore mee. Bij het wegwerken van grote hoeveelheden 'te late' dossiers, heeft dit een daling van de tijdigheidsscore tot gevolg.

Tabel 3.2Percentage tijdigheid beslissingen in de WAO/Waz (AAW) ^{a)} ^{b)}

		Cadans	Gak	GUO	SFB	USZO
Einde wachttijd beoordeling						
<13 weken (norm = 90%)	2001	58	82 / 34 ^{c)}		68	45
	2000	66	73 / 57		89	41
	1999	72	70	45 ^{d)}	87	44
	1998	87	82	69 ^{d)}	79	41
	1997	83	80	69 ^{d)}	92	
1e jaars herbeoordeling						
< 1 jaar (norm = 95%)	2001	19	27 / 27		48	56
	2000	71	40		48	43
5e jaars herbeoordeling						
< 5 jaar (norm = 95%)	2001	11	41/62		34	57
	2000				42	

a) Omwille van de vergelijkbaarheid met voorgaande jaren zijn WAO en Waz samengenomen.

De cijfers zijn evenwel per wet beschikbaar. Er is overigens veel verschil in tijdigheid tussen WAO en Waz (ten faveure van de WAO).

b) 1997 betrof voor Gak en GUO een deel van het jaar

1997 is de tijdigheid van WAO en AAW

1998 / 1999 is de tijdigheid van WAO en Waz

c) Het tweede cijfer betreft de tijdigheid van de Wajong. Deze wet wordt alleen door Gak uitgevoerd.

d) GUO heeft de tijdigheidscijfers niet naar product kunnen uitsplitsen. Het hier aangegeven percentage is een benadering van de tijdigheid van alle typen beslissingen.

Inzicht in productie, voorraad en achterstanden

Eind september 2000 hebben de uitvoeringsinstellingen en het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) met betrekking tot het wegwerken van de achterstanden een convenant gesloten. Dit convenant voorziet in een aanvullende bekostiging voor het wegwerken van achterstanden. Het convenant moest ertoe leiden dat de eindwachttijdbeoordelingen uiterlijk 1 juli 2001 aan de 99 procent rechtmatigheidseis en 90 procent tijdigheidseis voldoen. Voor de (wettelijke) herbeoordelingen geldt 1 januari 2002 als uiterste datum om aan de rechtmatigheids- en tijdigheidsvereisten te voldoen. Hierbij zij opgemerkt dat de rechtmatigheidseis betrekking heeft op financiële rechtmatigheid. Met betrekking tot volumedoelstellingen of vakinhoudelijke juistheid zijn in het convenant geen afspraken gemaakt.

In drie 'Voortgangsnota's verbetering kwaliteit claimbeoordeling' heeft het voormalige College van toezicht sociale verzekeringen (Ctsv, thans IWI) uitvoerig bericht over de voortgang op het gebied van het wegwerken van de achterstanden.⁸ Vanaf juni 2001 verzorgt UWV maandelijks voortgangsrapportages waarin wordt bericht over de achterstanden. IWI beoordeelt en becommentarieert deze voortgangsrapportages in separate nota's.

In het verlengde van het convenant is de informatie met betrekking tot voorraadverloop en achterstanden tenminste op centraal niveau aanmerkelijk verbeterd. Er zijn eensluidende definities afgesproken die ingaande januari 2002 van toepassing zijn en de rapportages worden in toenemende mate betrouwbaarder. IWI heeft in oktober 2001 een aantal opmerkingen geplaatst bij de wijze van presenteren van het cijfermateriaal.⁹ Thans wordt gewerkt aan verdere verbetering en stroomlijnen van de informatie met inachtneming van deze opmerkingen.

De individuele uitvoerenden hebben meestal geen goed beeld van doorlooptijden of totale werkvoorraden. De informatie blijft op dit punt meestal beperkt tot overzichten (achteraf) van hun productie. In algemene zin beschikken de individuele uitvoerenden niet over voldoende informatie op grond waarvan zij hun eigen werkproces kunnen plannen en bewaken.

8

Eerste, tweede en derde voortgangsnota
Verbetering claimbeoordeling, Ctsv,
Zoetermeer, respectievelijk juli 2000,
november 2000, juli 2001

9

Lisv-mededeling M01.053, 14 juni 2001
Rapportage verandermanagement aansturing
verbetertraject claimbeoordeling AG, Ctsv,
Zoetermeer, oktober 2001 (2001/4101)

Ontwikkeling achterstanden

Over de achterstanden wordt in het kader van het protocol SMH niet expliciet gerapporteerd. Wel wordt door vrijwel iedere uitvoeringsinstelling opgemerkt dat het wegwerken van de achterstanden allesbepalend is geweest voor de aansturing van de claimbeoordeling. USZO meldt bijvoorbeeld expliciet dat er met het oog op achterstandsverwerking geen ruimte bestond voor uitbreiding van opleidingen.

Op basis van de informatie uit de diverse managementrapportages concludeert IWI dat er vorderingen zijn gemaakt in het wegwerken van met name de achterstanden in eindewachttijd-beoordelingen.¹⁰ Men realiseerde een productieverhoging van dertien procent (twintigduizend stuks), hetgeen de stijging van het aantal nieuwe aanvragen (vier procent) ruimschoots overstijgt. In 2001 werden er in totaal 178.823 WAO-aanvragen gedaan. Ultimo 2001 resteerden 8.824 achterstandsgevallen in eindewachttijdbeoordelingen. Ondanks aanmerkelijke productieverhoging (zeventien procent, figuur twee) is in 2001 de achterstand in herbeoordelingen in absolute zin toegenomen (figuur drie). Ultimo 2001 was er een achterstand van 89.545 herbeoordelingen (eerste- plus vijfdejaars). De afspraken uit het convenant zijn niet gerealiseerd.

Achterstandsoperatie Gak/herbeoordelingscentrum Cadans

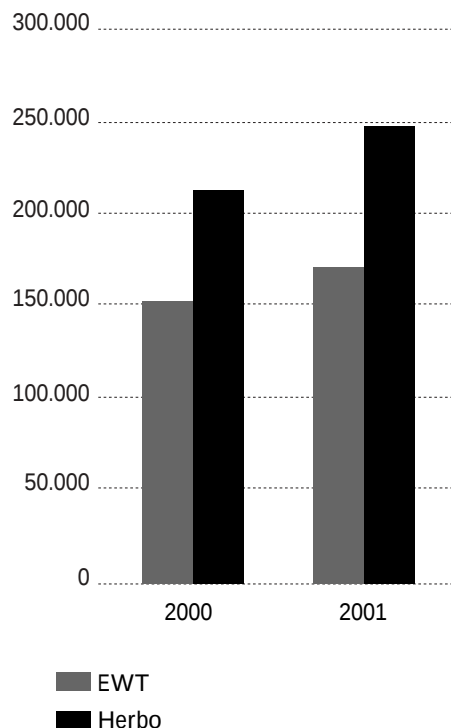
In diverse separate rapportages en publicaties is IWI ingegaan op twee bijzondere ontwikkelingen op het gebied van het wegwerken van achterstanden, die zich in 2001 hebben voorgedaan. Het betreft hier de grootscheepse achterstandsoperatie van Gak en de inrichting van een zogenoemd herbeoordelingscentrum bij Cadans. De achterstandsoperatie bij Gak betreft het in opdracht van Gak Nederland B.V. wegwerken van 50.000 achterstandsdossiers (herbeoordelingen) door een externe partij (Argonaut B.V.). De constructie herbergde naar de mening van Gak en de toezichthouder diverse aanvullende risico's voor de kwaliteit. Op dit project is dan ook een apart kwaliteitsborgingssysteem ontwikkeld. Bovendien is de 'Argonaut-productie' als onderdeel van de productie in 2001 op nadrukkelijk aangeven van de toezichthouder meegenomen in de dossiertoets over 2001. IWI heeft gedurende de looptijd van het project herhaaldelijk overleg gevoerd. Expliciet is hierbij het kwaliteitsvraagstuk aan de orde geweest. Van de zijde van Gak is aangegeven dat de kwaliteit van de productie niet in negatieve zin afsteekt bij de eigen Gak-productie. Uit de dossiercontrole over 2001 (zie hoofdstuk vijf) komen op dit punt geen bijzonderheden naar voren.

Cadans heeft in 2001 het zogenoemde herbeoordelingscentrum ontwikkeld. Dit herbeoordelingscentrum coördineert het wegwerken van achterstanden in vijfdejaarsherbeoordelingen. Het herbeoordelingscentrum verdeelt de te beoordelen dossiers over eigen (Cadans) artsen en bewaakt de tijdige en volledige terugontvangst na beoordeling. Inhoudelijk wordt de kwaliteit van het geleverde werk beoordeeld door de stafarts op basis van een steekproef van drie dossiers per pakket van vijftien dossiers. Ieder dossier dient door de verzekeringsarts te zijn voorzien van een gefundeerd advies op grond waarvan is vast te stellen op welke grond hij/zij tot zijn oordeel is gekomen. Er is een procedure vastgelegd voor de wijze van ingrijpen indien de kwaliteit onvoldoende blijkt. Circa honderd artsen werkten in 2001 bij toerbeurt mee aan het herbeoordelingscentrum. Zij zetten daarvoor een vrije dag in de week in en ontvangen duizend gulden (454 euro) per pakket van vijftien dossiers.

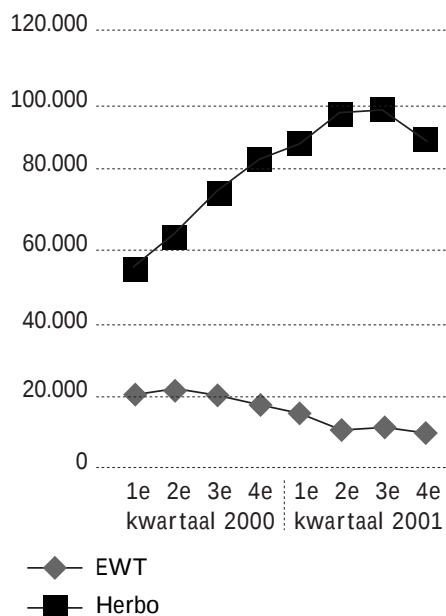
Cadans merkt in de rapportage sociaal medisch handelen 2001 op dat deze gestructureerde en met extra kwaliteitsborgende maatregelen omklede manier van het wegwerken van herbeoordelingen binnen het herbeoordelingscentrum rapportages oplevert van aanmerkelijk betere kwaliteit, dan de herbeoordelingen die in de reguliere productie 'op de stukken' worden afgedaan. Overigens heeft Cadans voor het wegwerken van eerstejaarsherbeoordelingen een contract afgesloten met een externe aanbieder.

Figuur 3.1

Productie 2000/2001

Productie 2000 - 2001**Figuur 3.2**

Achterstanden per ultimo 2001

**Voorraad > 13 weken
(ultimo 2001)****Inzicht in juridische en vakinhoudelijke juistheid**

Inzicht in de juistheid van het sociaal medisch handelen is primair gebaseerd op de resultaten van de diverse dossiercontroles. Vrijwel alle verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen worden steekproefsgewijs gecontroleerd. De controles worden uitgevoerd door stafartsen en staf-arbeidsdeskundigen. In deze discipline bestaan veel vacatures, doch er is in 2001 actief gewerkt aan het invullen van deze vacatures, hetgeen in belangrijke mate succesvol is geweest (onder andere USZO, SFB). De span of control is ook onder normale omstandigheden soms van een omvang dat de uitvoeringsinstellingen structurele controle door stafartsen of -arbeidsdeskundigen van ten hoogste tien tot vijftien dossiers per jaar per verzekeringsarts of arbeidsdeskundige haalbaar achten (hetgeen overigens zeker niet overal wordt gerealiseerd).¹¹

¹¹ Behalve structurele dossiertoetsen worden op indicatie gerichte dossierbeoordelingen uitgevoerd.

Voor het overige baseert men het inzicht in de kwaliteit en effectiviteit op zaken als diverse overleggen, intercollegiale toetsing, coachingsgesprekken, bezwaar- en beroepszaken, klachten en klantenonderzoek. Feedback en vastlegging van resultaten is bij veel uitvoeringsinstellingen nog onvolledig. Het protocol SMH vraagt de uitvoeringsinstellingen te rapporteren over de klachtenafhandeling en de resultaten van bezwaar en beroep. Ook hier geldt weer dat dergelijke informatie relevant is bij een analyse van de kwaliteit van het sociaal medisch handelen. Vastgesteld is dat alle uitvoeringsinstellingen deze op centraal niveau inmiddels redelijk betrouwbare informatie terzake kunnen genereren. Dit betekent overigens niet dat er overal sprake is van een structurele klachtenanalyse.

Het ontbreekt zowel stafartsen en stafarbeidsdeskundigen als (lijn)managers doorgaans aan goed toegankelijke managementinformatie om de ontwikkeling van de inhoudelijke kwaliteit te volgen en te sturen. De diverse geautomatiseerde systemen leveren op dit punt weinig ondersteuning. Men heeft op operationeel managementniveau onvoldoende beschikking over vergelijkings- en verantwoordingsinformatie (bijvoorbeeld keuringsresultaten) per arts of per team. Overigens is er ten algemene wel sprake van verbetering. Op termijn zou de Claimbeoordelings- en borgingssysteem (CBBS)-monitor (zie verder) ook een deel van dit hiaat kunnen opvangen.

Op het niveau van de individuele uitvoerder ontbreekt ook vaak het inzicht in de kwaliteit en de effectiviteit van het (eigen) handelen. Resultaten van dossiercontroles worden vaak ad hoc teruggekoppeld. Ook de uitslagen van bezwaar- en beroepszaken worden niet bij iedere uitvoeringsinstelling teruggeleid naar de primaire professional. De individuele uitvoerder heeft geen zicht op de volledigheid van het aanbod en slechts beperkt inzicht in de werkvoorraad. Ook beschikt de professional niet over een gestructureerd inzicht in of informatie over de resultaten van zijn werk.

De mate waarin de beschikbare informatie door het operationeel management actief en expliciet wordt benut in de dagelijkse aansturing is wisselend doch doorgaans beperkt. Een en ander blijft voor het grootste deel binnen de kolom van inhoudsdeskundigen besloten, hetgeen strijdig is met het concept van integraal management dat binnen de uitvoeringsinstellingen wordt gehanteerd. USZO maakt er melding van dat inhoudelijke informatie vooral beschikbaar is en benut wordt door de inhoudelijke staf. Er is bij USZO evenwel verbetering geboekt in de afstemming tussen de staffunctionarissen en het verantwoordelijke management.

Zeker niet onvermeld mogen de zinvolle pogingen van SFB blijven om bottom-up te komen tot de ontwikkeling van een Business Balanced Scorecard (BBS) waarop een werkbare mix van logistieke en inhoudelijke indicatoren is verzameld om het management daadwerkelijk handvatten te bieden om op productie én kwaliteit te sturen. Dit pilot project heeft tot goede resultaten geleid en wordt breed binnen SFB gedragen. Knelpunt hierbij was overigens dat juist de inhoudelijke informatie niet op handzame en betrouwbare wijze uit de diverse systemen was te genereren.

Cadans maakt vorderingen met de zogenoemde sociaal medische functie(SMF)-monitor. De monitor meet maandelijks een groot aantal aspecten van de gevalsbehandeling en biedt tevens een benchmark met andere vestigingen. Deze monitor wordt in 2001 meer als stuurinstrument gebruikt. Niettemin ontbreekt ook bij Cadans een integraal managementinformatiesysteem. Sturing vindt voornamelijk plaats op basis van decentrale informatie, waarvoor elke vestiging zijn eigen systeem heeft ontwikkeld. Terecht vormt één van de aanbevelingen op grond van de rapportage sociaal medisch handelen de essentiële gegevens in de grote verscheidenheid van gegevens die beschikbaar is, te integreren in de BBS. Uit de gehouden interviews door Cadans blijkt dat men vooral op basis van de monitor stuurt. De klacht hierover is echter dat het een overvloed aan gegevens bevat.

Gak heeft ook in 2001 als risico onderkend dat de beschikbare managementinformatie en met name de prestatie-indicator-plausibiliteit onvoldoende handvatten bieden om sturing te geven aan het sociaal medisch handelen. Diverse verbetermaatregelen zijn op dit punt voorgesteld. Mede onder invloed van de UWV-vorming zijn niet alle voorgenomen maatregelen en verbeteringen op dit punt ingevoerd, doch in diverse programma's wordt expliciet aandacht besteed aan verdere operationalisering.

Inzicht in resultaten van de beoordeling

Sturing op keuringsuitslagen oftewel effectiviteit van de beoordelingen vormt geen operationeel sturingsuitgangspunt. In de operationele aansturing zijn immers tijdigheid en productie dominant. Niettemin vereist het protocol SMH dat de uitvoeringsinstellingen rapporteren over keuringsresultaten, vanuit de overweging dat deze informatie tenminste betrokken zou moeten worden bij een analyse over de kwaliteit en rechtmatigheid van de claimbeoordeling. De beschikbare informatie en hiermee het zicht op keuringsresultaten is op centraal niveau verbeterd en vollediger. Op het niveau van operationeel management is de beschikbaarheid van informatie wisselend. Dit geldt evenzo voor de individuele uitvoerder.

Ter illustratie geven we hier aan aantal trends weer¹²:

- Het aantal afgewezen WAO-aanvragen neemt toe (fig. 3.3);
- Het aantal toekenningen van volledige WAO-uitkeringen (tachtig tot honderd procent) neemt af (fig. 3.4);
- Het aantal toegekende 'medisch tachtig tot honderd procent' neemt af;
- Het aantal toekenningen van gedeeltelijke WAO-uitkeringen neemt toe;
- De effectiviteit van herbeoordelingen neemt af, doch is allerminst verwaarloosbaar (fig. 3.5).¹³

Fig. 3.3

Resultaten eerste claimbeoordeling (1)

Afwijzingen/toekenningen

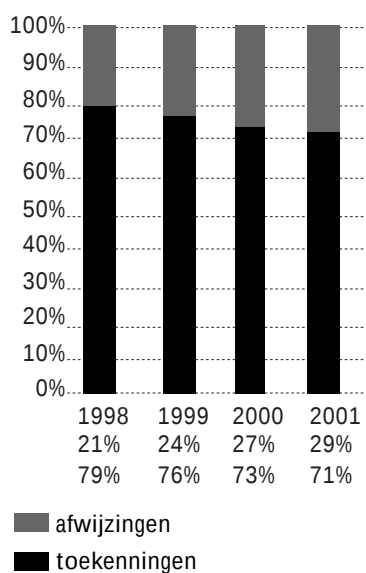


Fig. 3.4

Resultaten eerste claimbeoordeling (2)

Gedeeltelijk/volledig arbeidsongeschikt

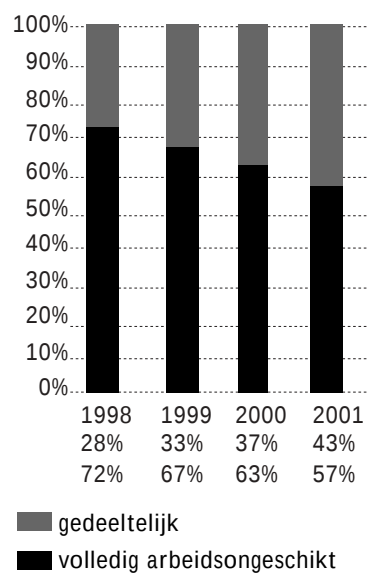
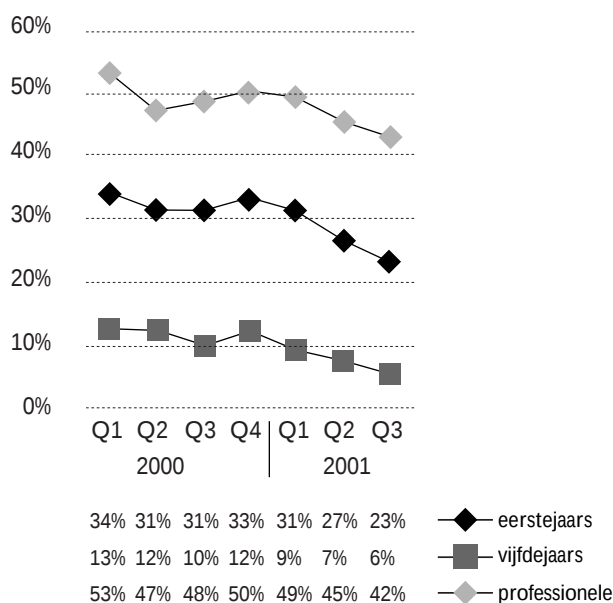


Fig. 3.5

Effectiviteit herbeoordeling

Effect van herbeoordeling



3.3.2 Conclusie

De verantwoordelijkheid voor sturing op het verloop van de gevalsbehandeling, de onderkenning van knelpunten in de voorraadontwikkeling, de afhandelingsduur en de inhoudelijke kwaliteit berust bij het lijnmanagement. De dominante sturingsuitgangspunten zijn ook in 2001 productie en tijdigheid. Sturing vanuit het management op de inhoudelijke kwaliteit en effectiviteit vindt niet expliciet plaats. De beschikbare managementinformatie is in kwaliteit en betrouwbaarheid toegenomen. Deze informatie richt zich primair op logistieke aspecten (productie en tijdigheid). Navenant ontstaat meer inzicht in de logistieke prestaties. Op het niveau van individuele uitvoerenden ontbreekt het inzicht in voorraden en productie alsmede het inzicht in de kwaliteit en effectiviteit van het handelen. Het streven naar de ontwikkeling van een gebalanceerde set indicatoren, waarmee zowel op productie als op inhoudelijke kwaliteit en effectiviteit kan worden gestuurd, is op diverse plaatsen met wisselende intensiteit en wisselend succes uitgewerkt.

3.4 Conditie

De gevalsbehandeling wordt verricht door professionals, die zich zelfstandig een oordeel moeten vormen over de toepassing van de wetgeving in het concrete geval. In de voorwaarden-scheppende sfeer betekent dit dat er groot belang moet worden gehecht aan de kennis en vaardigheden van de uitvoerders en de aan hen beschikbaar gestelde middelen.

De wijze waarop de uitvoeringsinstellingen de benodigde deskundigheid van de professionals vaststellen is doorgaans in abstracte termen beschreven. Op individueel niveau zijn opleidingsbehoeften fragmentarisch vastgelegd. USZO maakt melding van een registratiesysteem terzake dat in opzet gereed is, maar feitelijk nog niet in gebruik is. De mogelijkheden voor opleiding, bij- en nascholing zijn voldoende aanwezig. Er zijn over het algemeen voldoende mogelijkheden voor intercollegiale toetsing. Overigens merkt USZO op dat *'...het managementteam (MT) was de mening toegedaan dat naast het CBBS, de standaard Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden (GDBM) en (voor de verzekeringsarts) argumentatietraining er met het oog op achterstandverwerking geen ruimte bestond voor meer opleidingen. De Onderlinge Toets (OT) bijeenkomsten zijn met het oog hierop gedurende een half jaar (van februari tot augustus) opgeschort....'* Het inzicht in de mate waarin de verschillende professionals gebruik (zouden moeten) maken van onderlinge toetsings- en nascholingsactiviteiten is beperkt. Overige faciliteiten, zoals het beschikbaar stellen van onderzoeksinstrumentarium, ruimte voor het aanvragen van expertises, handboeken, richtlijnen en dergelijke zijn over het geheel genomen voldoende. Onder druk van het capaciteitsgebrek onder professionals moest op sommige plaatsen bij- en nascholing beperkt blijven tot het hoogstnoodzakelijke.

Feedback op eigen functioneren

Er is eveneens een belangrijk gemis aan vergelijkings- en verantwoordingsinformatie op individueel niveau. De verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen hebben weinig mogelijkheden voor inzicht in het eigen functioneren. Feedback op het uiteindelijke resultaat van een claimbeoordeling heeft men nauwelijks. Ook feedback op bijvoorbeeld bezwaar- en beroepszaken laat aanmerkelijke ruimte voor verbetering, hoewel er op dit punt wel enige vooruitgang (USZO) is te bespeuren.

Ondersteuning bij rapportage

De faciliteiten voor wat betreft de ondersteuning bij het vervaardigen van rapportages laten bij een aantal uitvoeringsinstellingen veel te wensen over. SFB en USZO melden vorderingen in geautomatiseerde rapportagesystemen. Het Intelligent Rapportagesysteem (IRS) van SFB voor arbeidsdeskundigen is volgens SFB 'goed ontvangen'. SFB meldt dat de tijd die arbeidsdeskundigen aan rapporteren besteden daarmee is teruggedrongen zonder dat er sprake is van kwaliteitsverlies. De vakgroep verzekeringsartsen voelt niets voor het IRS en wil in UWV-verband een rapportagemodel ontwikkelen. Bij USZO werd in begin 2001 een gestandaardiseerd rapportageformat voor arbeidsdeskundigen en verzekeringsartsen geïmplementeerd. Voorzover overigens rapportage-instrumenten bij de diverse uitvoeringsinstellingen in gebruik zijn of worden ontwikkeld betreft het alleen software en sjablonen die betrekking hebben op de verslaglegging van WAO, Waz en Wajong-beoordelingen. Voor de ZW is nog vrijwel nergens een uniform instrument geïmplementeerd. De behoefte voor rapportageondersteuning in het kader van de ZW wordt wel geuit en is blijkens de vaak wanordelijke rapportages op dit moment (zie dossieronderzoek) ook dringend noodzakelijk.

Administratieve ondersteuning

Vanuit de professionals wordt aangegeven dat de tijd die in rapporteren en andere administratieve taken zit onevenredig is ten opzichte van de meer vakinhoudelijke taken. De roep om (betere) administratieve ondersteuning is luid. In diverse rapportages van de uitvoeringsinstellingen wordt hierop de aandacht gevestigd. Niettemin maakt geen van de uitvoeringsinstellingen melding van een daadwerkelijke verandering of verbetering op dit punt.

3.4.1 Capaciteit

De arbeidsmarkt voor bij sociaal medisch handelen benodigde professionals (verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen, wetstechnici) blijft gespannen. Recente studies van het Capaciteitsorgaan Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap laten zien dat de ontwikkelingen in capaciteit voor verzekeringsartsen en bedrijfsartsen echter zeker op de middellange termijn (2012) niet ongunstig afsteken, in vergelijking met andere medisch specialisten.¹⁴ Op de korte termijn blijven er tekorten. Ook in 2001 was er verloop onder de professionals en andere bij de claimbeoordeling betrokken medewerkers. Het verloop is erg wisselend per uitvoeringsinstelling en per vestiging. Inhuur van externe krachten is doorgaans noodzakelijk. De omvang hiervan wisselt en is bovendien meestal niet goed inzichtelijk. Hierdoor is de feitelijke bezetting niet goed inzichtelijk.¹⁵ De mate waarin men de tekorten weet op te vangen en structureel beheerst, wisselt eveneens. Een aantal verdere opmerkingen:

- laatste twee jaar aanmerkelijk stijging van het aantal verzekeringsartsen (+ 19,4 procent) en arbeidsdeskundigen (+27,5 procent) in dienstverband;
- het inzicht in aard en omvang en andere kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd, opleidingsniveau, ziekteverzuim en dergelijke) van de bezetting is iets verbeterd;
- bij sommige uitvoeringsinstellingen opmerkelijke ontwikkelingen: forse stijging verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen (respectievelijk 26,4 procent en dertien procent) USZO;
- het verloop onder ervaren verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen lijkt enigszins te stabiliseren, doch wisselt sterk per uitvoeringsinstelling en per vestiging;
- structureel inzicht op centraal niveau in de achtergronden van verloop is matig;
- centrale UWV-brede wervingscampagne matig succesvol;
- ervaringen met in het buitenland geworven artsen zijn weinig positief;
- kwaliteit van inhuur niet overal geborgd;
- uitwisseling tussen vestigingen bij wisselend aanbod vindt (binnen de uitvoeringsinstellingen en tussen de uitvoeringsinstellingen onderling) op beperkte schaal plaats;
- GUO, USZO en Cadans zitten qua bezetting (vrijwel) op of boven de begrote formatie;
- Gak en SFB capaciteitsgebrek onder arbeidsdeskundigen neemt af;
- veel verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen in opleiding. Hierdoor is er een gebrek aan begeleidingscapaciteit.

14

Toekomstig Evenwicht, Leliefeld
H.J., Holland, P.C.H.M., Medisch
Contact, 57. no.17.

15

Gak meldt een aanmerkelijke
daling van het aantal verzekerings-
artsen (negen procent). Uit de rap-
portage blijkt niet of er bijvoorbeeld
een stijging van de inhuur is
geweest.

Tabel 3.3*Overzicht bezetting verzekeringsarts / arbeidsdeskundige (fte)*

		Cadans	Gak	GUO	SFB	USZO	Totaal
Verzekeringsarts							
2001	Totaal	172	515	31	61	154	933
	Geregistreerd	84			53	74	
	In opleiding	55	155	8		75	
	Overig	33				5	
2000	Totaal	174	526	30		118	
	Geregistreerd					40	
	In opleiding			14		47	
	Overig						
1999	Totaal	166	457	30	42	86	781
	Geregistreerd	76	452	11	49	47	
	In opleiding	?	62	13	23	29	
	Overig						
1998	Totaal	142	369	25	53	93	682
1997	Totaal	140	423	28	45	94	730
		Cadans	Gak	GUO	SFB	USZO	Totaal
Arbidsdeskundige							
2001	Totaal	310	618	60	119	186	1293
	Geregistreerd	90			45	81	
	In opleiding	125		9	33	76	
	Overig	95			32	29	
2000	Totaal	279	574,1	59		165	
	Geregistreerd						
	In opleiding		183	16		69	
	Overig						
1999	Totaal	279	491	62	71	111	1014
	Geregistreerd	29	430	35	68	90	
	In opleiding	85	79	22	3	37	
	Overig						
1998	Totaal	196	379	56	75	83	789
1997	Totaal	235	413	53	75	113	889

Bron: rechtmatigheidsrapportages uitvoeringsinstellingen 1997 tot en met 2001

3.4.2 Ondersteuning in productie/efficiencymaatregelen

De schaarse capaciteit aan professionals enerzijds en de toenemende productiedruk anderzijds nopen tot maatregelen die de efficiënte en effectieve inzet van schaarse capaciteit optimaliseren. In oktober 1999 werd met de door het Lisv georganiseerde bijeenkomsten een startpunt gemarkeerd voor een uitvoeringsinstellingenbrede inventarisatie en aanpak van de bovenbeschreven problematiek. In de vorm van pilots zijn diverse oplossingsrichtingen uitgewerkt. In diverse afzonderlijke rapportages heeft de toezichthouder deze ontwikkelingen becommentarieerd.¹⁶ We laten hier een aantal belangrijke ontwikkelingen op dit punt in 2001 de revue passeren.

Inzet niet-artsen

De uitvoeringsinstellingen zijn met het initiatief gekomen om naast verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, ook niet-artsen in te zetten bij de WAO-beoordelingen. Deze 'medische medewerkers' zouden bepaalde taken van verzekeringsartsen kunnen overnemen, onder supervisie van de verzekeringsartsen. Het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) en het Lisv hebben hiervoor, onder voorwaarden, toestemming gegeven. Zo mogen de niet-artsen alleen worden ingezet bij de wettelijke eerste- en vijfdejaars herbeoordelingen. Gak, USZO en Cadans maken sinds medio 2001 op ruime schaal gebruik van niet-artsen ter ondersteuning van verzekeringsartsen bij de wettelijke herbeoordelingen. Aan het begin van de periode waarin niet-artsen werden ingezet, werd door verschillende verzekeringsartsen bezwaar gemaakt: er zou hierdoor juist een risico bestaan op medicalisering van niet medische problemen. Deze verzekeringsartsen stelden dat er een arts nodig is om duidelijk te maken dat het om niet medische problemen gaat.¹⁷

Evaluatie: ervaringen met niet-artsen positief

De ervaringen met de inzet van niet-artsen werd geëvalueerd door Bureau AS/tri in opdracht van UWV.¹⁸ Uit de evaluatie bleek dat de wijze waarop de niet-artsen in de pilots zijn ingezet varieert tussen de uitvoeringsinstellingen en tussen vestigingen van uitvoeringsinstellingen. Bij Gak en USZO hebben de niet-artsen vrijwel geen contact met cliënten, bij Cadans hadden de niet-artsen juist wel spreekuurcontacten en beoordeelden deze cliënten volgens een vast protocol (de belastbaarheidsgerichte beoordeling). De inzet van de niet-artsen, inclusief de door hun benodigde begeleiding, leidt volgens de AS/tri-onderzoekers tot een (kleine) productieverhoging die opweegt tegen de kosten. Bij het Cadans-model bleek de planning een zwak punt te zijn. Bij Gak en USZO bleek de eenzijdigheid van het werk tot onvrede te leiden. De verschillen in rapportages en resultaten van de beoordelingen zijn gering, of positief ten opzichte van de reguliere werkwijze.

In de samenvatting van het eerste evaluatie-rapport schrijft Bureau AS/tri:

'De bij sommigen levende angst dat een niet-arts eerder geneigd zou zijn om mee te gaan in de visie van de cliënt blijkt ongegrond. De paramedisch assistenten bij Cadans keuren eerder strenger dan minder streng, hetgeen blijkt uit het lagere percentage 'medisch tachtig tot honderd procent' in vergelijking met het landelijke beeld. Bij de herbeoordelingen wordt er bovendien in meer dan de helft van de gevallen een wijziging (meestal verbetering) van de belastbaarheid geconstateerd, zowel bij eerste- als bij vijfdejaars herbeoordelingen, hetgeen aanmerkelijk hoger ligt dan in het reguliere proces.'

Bij Gak en USZO kon dit bij de eerste evaluatie nog niet onderzocht worden.

De kritiek op de inzet van niet-artsen is nog niet verstomd. In de Gak-rapportage sociaal medisch handelen 2001 wordt hierover opgemerkt dat er in signalen van verzekeringsartsen eerder verontrusting klinkt over de constructie met de medewerker verzekeringsgeneeskundige sector; het zicht op het eindproduct is bij de verzekeringsarts niet altijd aanwezig, terwijl formeel toch de eindverantwoordelijkheid bij de verzekeringsarts ligt. Verder signaleert Gak het risico dat het kwaliteitsborgingssysteem niet heeft voorzien in de inzet van niet-artsen. Letterlijk vermeldt de Gak-rapportage: *'maatregelen gericht op compensatie van het verzekeringsartsentekort zijn in het borgingssysteem in nog onvoldoende mate ondersteund met beheersmaatregelen. De juistheid en volledigheid van de selectie (van dossiers door/voor niet-artsen) is nog onvoldoende met beheersmaatregelen afgedekt. De invulling op de kantoren is divers.'*

16

Eerste, tweede en derde voortgangsnota Verbetering claimbeoordeling, Ctsv, Zoetermeer, resp. juli 2000, november 2000, juli 2001
Rapportage verandermanagement aansturing verbetertraject claimbeoordeling AG, Ctsv, Zoetermeer, oktober 2001 (2001/4101)

17

S. Knepper. Claimbeoordeling door niet-artsen voor de arbeidsongeschiktheidswetten. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 2000, november blz 2240-2243., NRC 2 oktober 2000 'Keuren voor de WAO is taak arts'.

18

Bureau AS/tri. 'Evaluatie niet arts bij claimbeoordeling' WAO. Leiden, september 2001; 'Werk de verlengde arm?' Leiden, januari 2002.

Verschillen in WAO beoordelingen in het algemeen (te) groot?

Uit het eindrapport van het onderzoek door bureau *As/tri* blijkt ook dat de verschillen tussen kantoren in productie en (tussen)resultaten van WAO-(her)beoordelingen erg groot zijn, maar dat dit los staat van de inzet van niet-artsen. Het onderzoeksrapport geeft geen goede verklaringen voor deze bevindingen.

Ontwikkeling verkorte herbeoordelingsprocedure

Het Lisv heeft in overleg met de uitvoeringsinstellingen maatregelen besproken ter verbetering van de kwaliteit van de claimbeoordeling. Een van deze maatregelen was de invoering van een beperkte herbeoordeling. In praktijk werd – mede hierdoor – een hogere prioriteit gegeven aan de claimbeoordeling einde wachttijd dan aan de herbeoordelingen. De beperkte herbeoordeling werd de verkorte procedure genoemd: door middel van vragenlijsten werd bij de cliënt nagegaan of er wijzigingen ten opzichte van de situatie bij de laatste beoordeling waren opgetreden. Voor het beoordelen van deze vragenlijsten zette Gak en USZO bovendien op ruime schaal niet-artsen in (zie vorige paragraaf).

Bij verkorte procedure bijna nooit oproep van de cliënt

Uit onderzoek naar deze procedure blijkt dat zowel bij Gak als USZO in negentig procent van de gevallen beoordeeld werd dat er geen wijzigingen waren en dat de beoordeling op de stukken kon worden afgedaan door de niet-arts (geen wijziging in arbeidsongeschiktheidsklasse).¹⁹ Op de vier pilotkantoren bij Cadans werden wel alle herbeoordelingscliënten opgeroepen voor een spreekuur. De verzekeringsarts selecteerde daar op basis van de vragenlijst en dossiergegevens of de cliënten bij het spreekuur van de niet-arts kwamen of bij de verzekeringsarts zelf.

Oproep cliënt bij Cadans lijkt veel doeltreffender dan verkorte procedure bij Gak/USZO

Opmerkelijk is het verschil in resultaat tussen de verschillende werkwijzen bij de herbeoordelingen: bij Cadans werd bij 48 procent van de – middels een oproep – herbeoordeelde cliënten toegenomen belastbaarheid geconstateerd terwijl dit slechts bij vier procent van de – door middel van een verkorte procedure – herbeoordeelde cliënten van Gak en USZO het geval was.²⁰ Hierbij ging het om 588 cliënten van Cadans en 1.082 cliënten van Gak en USZO. Dit is een duidelijke aanwijzing dat de verkorte herbeoordelingsprocedure, waarbij alleen in uitzonderingsgevallen de cliënt wordt opgeroepen, veel kansen voor de inzet van een reïntegratietraject, en/of verlaging of beëindiging van de WAO-uitkering gemist lijken te worden. Helaas zijn er geen cijfers bekend in hoeverre de verbeterde belastbaarheid tot veranderingen in WAO-klasse heeft geleid, maar het is zeer aannemelijk dat dit wel het geval is geweest. Enige nuancering is overigens op zijn plaats daar de vergelijkbaarheid van de verschillende methodieken zeker niet volkomen is. Er kan bijvoorbeeld een vertekening zijn opgetreden door een verschil in instroomkenmerken van de diverse populaties. Verder is het begrip 'toegenomen belastbaarheid' niet nader gedefinieerd. Niet beschreven is bijvoorbeeld wat deze 'toegenomen belastbaarheid' in termen van verandering van uitkeringshoogte betekent. Niettemin zijn de verschillen te groot om deze zonder nader onderzoek te negeren.

UWV concludeert onterecht dat herbeoordelingen weinig zin hebben

Het Lisv concludeert dat herbeoordelingen in 2000 netto weinig veranderingen teweeg hebben gebracht in de mate van arbeidsongeschiktheid.²¹ De wijze waarop de uitvoeringsinstellingen, met instemming van het Lisv, door middel van de verkorte procedure invulling gaven aan de herbeoordelingen is echter van dien aard dat wordt aangestuurd op handhaving van de bestaande mate van arbeidsongeschiktheid. Dit is duidelijk zichtbaar bij de vergelijking tussen de pilotkantoren van Cadans enerzijds en Gak en USZO anderzijds: bij het oproepen op een spreekuur in combinatie met een beoordelingsprotocol wordt veel vaker toegenomen belastbaarheid geconcludeerd dan bij het afgaan op de gegevens in de vragenlijst. De geringe mate van wijziging na een (verkorte) herbeoordeling lijkt dus eerder een gevolg van het afgesproken beleid (namelijk een beperkte invulling van de WAO-herbeoordeling) en niet een evaluatie van het nut van herbeoordelingen in het algemeen.

²⁰

De onderzoekers merken wel op dat er in de loop van de pilottijd bij Cadans minder zuiver met de pilotprocedure werd omgesprongen, waardoor de verschillen tussen Cadans enerzijds en Gak/USZO anderzijds groter kunnen zijn dan in werkelijkheid. Het waargenomen percentage herbeoordelingscliënten met toegenomen belastbaarheid bij Cadans bleek in de eerste tussenrapportage van september 2001 echter ongeveer even groot (44 procent, N=381) als in de volgende periode (48 procent) zoals beschreven in het eindrapport van januari 2002, waardoor het onwaarschijnlijk is dat het verschil tussen Cadans en Gak/USZO volledig of voor een groot deel te wijten is aan selectiebias als gevolg van het minder rigide vasthouden aan de pilotprocedure.

¹⁹

Bron, zie vorige voetnoot.

²¹

Lisv trendrapportage 2001, blz. 85.

3.4.3 Vakinhoudelijke ontwikkeling en ondersteuning

Claimbeoordelings- en borgingssysteem

Op het gebied van de vakinhoudelijke ondersteuning is in 2001 de introductie van het CBBS één van de belangrijkste ontwikkelingen geweest. Het CBBS vervangt het Functie Informatie Systeem (FIS), het selectiesysteem waarmee de claimbeoordeling wordt uitgevoerd. Het CBBS behelst een nieuwe methodiek en systematiek voor de claimbeoordeling. Niet alleen het gebruikersgemak ten opzichte van het FIS moet verbeteren maar ook en vooral de vakinhoudelijke kwaliteit moet met de introductie van het CBBS een impuls krijgen. De introductie van het CBBS heeft veel inspanningen van de uitvoeringsinstellingen gevergd. Met ingang van 1 januari 2001 dienen alle nieuwe claimbeoordelingen door middel van het CBBS te worden afgehandeld. De herbeoordelingen mogen nog tot uiterlijk 1 juli 2002 met de oude FIS-methodiek worden afgehandeld.

22

1e, 2e en 3e Voortgangsnote
kwaliteit claimbeoordeling, Ctsv,
juli 2000 tot oktober 2001

23

Onder andere op grond van een
kort gericht onderzoek (quickscan)
door IWI in de periode
november 2001 tot maart 2002.

Vooral het verlies aan productiecapaciteit door de noodzaak van training en opleiding wordt in de diverse rapportages genoemd. Alle artsen en arbeidsdeskundigen zijn gedurende drie dagen opgeleid voor het systeem. De toezichthouder heeft in andere publicaties uitvoerig over het CBBS bericht.²² Naast opstartproblemen (kinderziektes) die tot op sommige plaatsen veel tijd en inspanning vragen, vergt het CBBS waarschijnlijk ook structureel tot vijftien procent meer tijd per claimbeoordeling. Het is prematuur om te beoordelen of en in hoeverre het CBBS daadwerkelijk tot een vakinhoudelijke impuls heeft geleid of zal leiden. De CBBS-systematiek breekt voor een deel met de bestaande keuringssystematiek. Deze nieuwe manier van werken vraagt om een omslag in denken en handelen van de betrokken functionarissen. Diverse signalen wijzen erop dat deze omslag zich (nog) niet bij alle CBBS-gebruikers heeft voltrokken.²³ Verder onderzoek is noodzakelijk om een beter zicht te krijgen op de daadwerkelijke effecten van het CBBS. UWV heeft inmiddels een evaluatie in gang gezet. Indien het CBBS volledig in volle omvang zal zijn geïmplementeerd krijgt men een uitgewerkte monitorfunctie tot zijn beschikking waarmee vergelijkings- en verantwoordingsinformatie omtrent keuringsresultaten en andere meer inhoudelijke indicatoren per functionaris en per vestiging ter beschikking komt. Er is op dit punt sprake van een groeipad.

3.4.4 Conclusie

Tal van maatregelen zijn geïmplementeerd om het capaciteitsgebrek onder verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen op te vangen. In directe zin is de bezetting meer op sterkte gekomen. Niettemin zijn er grote achterstanden in met name herbeoordelingen. Met de introductie van efficiencymaatregelen en andere capaciteitsondersteunende initiatieven zijn niet geringe risico's voor de kwaliteit van het sociaal medisch handelen geïntroduceerd, die nauwelijks worden beheerst. Er zijn aanmerkelijke verschillen geconstateerd in de opzet en effectiviteit van de diverse maatregelen. Deze verschillen moeten voor UWV aanleiding zijn een nader onderzoek hiernaar uit te voeren. De condities rondom de gevalsbehandeling zijn voor wat betreft de noodzakelijke faciliteiten en mogelijkheden voor scholing en opleiding in opzet voldoende, doch staan soms onder druk als gevolg van het streven naar productieverhoging. Het inzicht in de scholingsbehoeften en deelname aan diverse scholings- en opleidingsfaciliteiten laat ruimte voor verbetering. De op dit moment beschikbare mogelijkheden voor inzicht in het (resultaat van) eigen handelen zijn beperkt. Dit beperkt de mogelijkheden voor zelfsturing en zelfleren. De werkelijk meerwaarde van het CBBS zal zich nog moeten bewijzen. Het mogelijke extra beslag op de capaciteit dat het CBBS oplevert, vergt zeker nader onderzoek en maatregelen.

4 Voortgangstatus verbetermaatregelen

Onderstaand overzicht gaat meer gedetailleerd in op de feitelijke status in het verslagjaar (2001). Het overzicht geeft een beeld van tekortkomingen en/of gesignaleerde risico's in de kwaliteitsborging van het sociaal medisch handelen, zoals deze in de diverse rapportages van de uitvoeringsinstellingen worden vermeld. Verder wordt aangestipt welke belangrijkste verbetermaatregelen de uitvoeringsinstellingen in hun rapportages noemen voor zover deze relevant zijn voor de gesignaleerde problematiek. De diverse rapportages kennen een grote variatie qua onderzoeksobjecten en karakter van rapportage. Dit heeft tot gevolg dat onderstaand overzicht per uitvoeringsinstelling ook een iets ander karakter heeft. Een deel van de maatregelen is nog gaande en kan pas op langere termijn effect sorteren.

Tabel 4.1

Voortgangstatus en verbetermaatregelen

Gak

Bevindingen en conclusies 2001

De opzet van het borgingssysteem voldoet niet volledig aan de doelstellingen om de kwaliteit van het sociaal medisch handelen te borgen en beheersbaar te maken. De auditbevindingen tonen risico's aan die met name voortvloeien uit de wijze waarop capaciteitstekort aan verzekeringsartsen, arbeidsdeskundigen en claimbehandelaars in de organisatie van de claimbeoordeling moet worden gecompenseerd (inzet medewerker verzekeringsgeneeskundige sector, verkorte herbeoordelingsprocedure en dergelijke). Ten aanzien van deze ontwikkelingen is het borgingssysteem niet (meer) volledig. De werking van het geheel aan activiteiten en maatregelen om de sociaal medische competentie op actueel niveau te brengen en te houden, is adequaat. Flankerende activiteit is onderkend en in gang gezet om de verzekeringsgeneeskundige competentie ook in kwantitatieve zin te behouden en te vergroten. Strategische en tactische keuzes ten aanzien van het sociaal medisch handelen worden niet gehaald. Tijdigheidsdoelen zijn niet volledig gerealiseerd. Op het wetstechnische vlak is het aantal tekortkomingen toegenomen. Uit de verschillende kwantitatieve gegevens komt naar voren dat de uitvoering van het sociaal medisch handelen in de breedte is verbeterd. De werkzaamheden zijn in 2001 met beduidend meer verzekeringsartsen en beduidend meer arbeidsdeskundigen uitgevoerd. Het aantal klachten is toegenomen. De belangrijkste oorzaak hiervan is de behandelingsduur.

Verbetermaatregelen/aanbevelingen 2001

Er worden diverse aanbevelingen gedaan op het gebied van verbetering van communicatie, ontwikkeling en aanpassing en actualisering van normeringen (onder andere door invoering van het CBBS). Verder wordt voorgesteld te communiceren dat bij de planning wordt geselecteerd op potentieel volume-effect en op kostenbeheersing. Ten aanzien van de tekorten bij verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen wordt opgemerkt te voorzien in een eindcontrole vanuit verzekeringskundig of arbeidskundig perspectief op de uitgevoerde sociaal medische beoordelingen. De selectiebeslissingen (selectie kansrijke dossiers) moeten worden gevalideerd en opgenomen in het Minimum Controle Pakket SMW UWV. Ten aanzien van het tekort aan arbeidsdeskundigen wordt voorgesteld de opleiding tot arbeidsdeskundige anders in te richten opdat de arbeidsdeskundigen eerder kunnen worden ingezet voor productie.

Bevindingen en conclusies 2001/stand van zaken verbetermaatregelen

De auditrapportage van vorig jaar heeft niet geleid tot het benoemen van verbeterpunten in expliciete, formele verbetertrajecten. Evenmin zijn er prioriteiten gesteld binnen de elf verbeterpunten. Op veel punten waren acties gaande. Verbeteringen lijken 'organisch' tot stand te zijn gekomen.

- operationalisatie kwaliteitsdoelstellingen in concrete maatstaven en normen (2000): de KSF Kwaliteit is in 2001 verder geoperationaliseerd. De norm voor inhoudelijke rechtmatigheid is niet opgenomen in de managementinformatie;
- onvoldoende relatie tussen jaarplan en budget en centrale en perifere jaarplannen (2000): lichte verbetering. Wijze van budgetteren is in 2001 veranderd. Resultaat marginaal. Contracten komen veel te laat tot stand;
- naleving en werkbaarheid procedures onvoldoende systematisch getoetst (2000): licht verbeterd. Wel toetsing op werkbaarheid, maar naleving en werkbaarheid achteraf worden onvoldoende getoetst;
- handboeken geven weinig richting aan vakinhoudelijke vraagstukken (2000): lichte verbetering. Beschikbaarheid vakinhoudelijke procedures verbeterd. Commissie inhoudelijke vraagstukken (Civag) teruggekeerd;
- managementinformatie ontoegankelijk, te laat en onbetrouwbaar (2000): lichte verbetering. SMF-monitor is verbeterd en betrouwbaarder;
- onvoldoende open communicatie (2000): sterke verbetering. Vooral door maandelijkse gesprekken adjunct-directeur en vestigingsmanager;
- taakverdeling en samenwerking management stafverzekeringsarts-arbeidsdeskundige (2000): licht verbeterd met name in de samenwerking;
- taakstructuur niet adequaat (2000): geen verbetering;
- beheersing tijdigheid onvoldoende: lichte verbetering. Geen centrale sturing, vestigings-specifieke maatregelen. Verzekeringsarts en arbeidsdeskundige hebben onvoldoende informatie om werkproces te kunnen plannen en bewaken;
- leervermogen wordt niet voldoende benut (2000): lichte verbetering. Weinig structureel overleg tussen vestigingen. Klachten worden niet over een langere periode geanalyseerd.

Verbetermaatregelen 2001

- target inhoudelijke rechtmatigheid opnemen in de managementinformatie en nadrukkelijker de resultaten van de dossierstudies gebruiken;
- systematische evaluatie naleving en werkbaarheid procedures;
- werk toe naar Bedrijfsbureau met vakinhoudelijke kennis;
- essentiële managementinformatie integreren in BBS;
- integrale verantwoordelijkheid manager Arbeidsgeschiktheid (MAG) voor zowel kwantiteit als kwaliteit, alsmede de taakverdeling en samenwerking met de staf-verzekeringsarts/arbeidsdeskundige, dient aanvullend te worden benadrukt;
- taakverdeling expliciet evalueren. Extra aandachtspunt blijft de hoeveelheid administratieve taken van arbeidsdeskundige en verzekeringsarts;
- managementinformatie toespitsen op tijdigheid;
- onderzoek (operationele) beheersingssysteem tijdigheid binnen vestigingen;
- versterk het leervermogen (klachtenanalyse, overleg tussen vestigingen).

Bevindingen en conclusies systeemaudit 2001

Het algemene beeld dat uit de audits naar voren komt is goed. De gesignaleerde knelpunten in de rapportage sociaal medisch handelen 2000 doen zich niet meer voor. Medewerkers zijn goed bekend met hun taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De werking van het workflow managementsysteem blijft bij alle functionarissen een heikel punt. Er wordt aangedrongen op verbetering en vereenvoudiging. Het begrip 'verbetervoorstel' is goed bekend. De follow-up en feedback na het indienen van verbetervoorstellen is voor verbetering vatbaar. Men blijkt niet in staat een relatie te leggen tussen verbetervoorstellen enerzijds en doorgevoerde wijzigingen in processen, procedures en systemen anderzijds.

Stand van zaken verbetermaatregelen

- in de rapportage sociaal medisch handelen 1999 zijn tot verbetermaatregelen benoemd het invoeren van een systeem van prestatie-indicatoren en het versterken van de (zelf)-sturing van de teams. Dit is uitgewerkt en een groeipad is uitgezet (resultaatgericht kwaliteit leveren). Het behelst een gedetailleerd uitgewerkt traject wat uiteindelijk heeft geresulteerd in de introductie van een BBS in vier pilot-teams. De eerste ervaringen en resultaten zijn zeer positief;
- inbedding onderzoek sociaal medisch handelen (dossieronderzoek) in staande organisatie: gerealiseerd en werkend;
- rapportagemodel verzekeringsarts en arbeidsdeskundige: voor verzekeringsartsen vanwege de prijsstelling niet realiseerbaar; voor de arbeidsdeskundigen is IRS (Intelligent Rapportagesysteem) succesvol en naar tevredenheid van de gebruikers geïmplementeerd;
- verankeren kwaliteitssysteem: diverse procesbeschrijvingen zijn toegevoegd aan het kwaliteitssysteem en worden in het kader van International Organization for standardization (ISO)-certificering getoetst. De systeemaudit sociaal medisch handelen is opgenomen in de ISO-planning. Er zijn werkafspraken gemaakt over verslaglegging van audits en bevindingen en correctieve maatregelen. Er zijn initiatieven genomen om de kwaliteit van het auditorenbestand te verbeteren;
- gebruik en archivering medische gegevens: in november 2001 is in het managementteam van de business unit Werk vastgesteld dat de scheiding van medische en niet medische gegevens in de lopende gevallen per 1 mei 2001 is gerealiseerd en ten aanzien van oude gevallen volgens plannen verloopt;
- (kwaliteitsborging) inhuur personeel: niet verder uitgewerkt in verband met UWV-vorming;
- informatievoorziening: enkele kleine verbeteringen;
- verbetering rechtmatigheid gevalsbehandeling: nader uitgewerkt in nota 'Verbetering sturing rechtmatigheid'. Implementatie en besluitvorming in 2002.

Verbetermaatregelen 2001

- voortzetten project 'Resultaatgericht kwaliteit leveren';
- in UWV-verband 'Rapportagemodel verzekeringsarts' nader uitwerken;
- verbetering rechtmatigheid op basis van de dossiercontroles 2001.

Bevindingen en conclusies 2001/stand van zaken verbetermaatregelen

In 2001 zijn vorderingen gemaakt met de sturing op de gevalsbehandeling. Er is management-informatie beschikbaar die een totaaloverzicht biedt van de producten van de divisie verzekeren. De betrouwbaarheid van informatie is verbeterd. Invoering van de manager Front office heeft geleid tot een intensievere samenwerking tussen adviserend arbeidsdeskundige/verzekeringsarts en management. Dit heeft de sturing versterkt. Er is afstemming gekomen omtrent de wijze van dossiercontroles door stafarts/-arbeidsdeskundigen. De productie is verhoogd en de achterstanden zijn tot vrijwel nul gereduceerd. Dit heeft niet tot een merkbare verandering in de resultaten van de beoordelingen geleid. Het aantal klachten is niet gestegen. Er zijn geen opvallende ontwikkelingen binnen bezwaar- en beroep. De bezetting is grotendeels op orde, de verhouding tussen opgeleid en in opleiding is verbeterd.

Aanbevelingen/verbetermaatregelen 2001

- naleving telinstructies;
- ontwikkeling informatieset resultaat en effectiviteit gevalsbehandeling;
- opnemen informatieset in de sturing;
- opstellen kwartaalrapportages (knelpuntanalyses/verbetermaatregelen);
- aanreiken statistische modules (KOSWare) aan de periferie teneinde betere controle op verloop dossiercontrole en ondersteuning van stafarts/-arbeidsdeskundige bij analyses;
- ontwikkeling zelfsturing bij voorraadbeheersing en planning.

Bevindingen en conclusies 2001/stand van zaken verbetermaatregelen

Het lerend vermogen van de organisatie is toegenomen door een gewijzigde aanpak van de kwaliteitsmeting (meer toetsmomenten). De dienstverlening van staf PPO aan management en uitvoering heeft nog niet helemaal tot een positief effect geleid. Het inzicht in prestaties is niet op het gewenste niveau maar wel verbeterd. Een centrale database waarin de gegevens verzameld en vervolgens geanalyseerd en gepresenteerd worden, is niet beschikbaar. Progressie is te boeken in informatieverstrekking aan management over de verrichtingen van individuele medewerkers. Het CBBS is hier redelijk succesvol uitgerold. Er is extra aandacht nodig voor begeleiding van verzekeringsarts en arbeidsdeskundige. Er is progressie geboekt in het sociaal medisch handelen. Het kwaliteitsborgingssysteem had verder ontwikkeld kunnen zijn. De sturing moet krachtiger worden aangezet.

USZO stelt vast dat verbeterplannen (actieplan verbetering) uit voorgaande jaren niet volledig zijn uitgevoerd. In het actieplan werden destijds zes aspecten benoemd:

- 1 opzet registratiesysteem;
- 2 feedback bezwaar en beroep;
- 3 inrichting risicogerichte dossiertoets;
- 4 verbetering monitoring;
- 5 gerichte acties;
- 6 implementatie uniform rapportagemodel.

De regiegroep die de voortgang van het actieplan moest monitoren is niet samengekomen. In opzet is het eerste actiepunt gerealiseerd. Ook actiepunt zes is afgerond. De overige actiepunten staan nog deels of volledig open, danwel zijn afgeblazen (drie, vier en vijf).

Verbetermaatregelen/aanbevelingen 2001

- maximale stafcapaciteit inzetten op de kwaliteitsmeting en de terugkoppeling hierover;
- verhoog bezetting regionale staf naar normverhouding één op zeventien;
- inventariseer wensen klantgroepen 'management' en 'uitvoerende medewerkers' gericht op sociaal medisch handelen;
- continueer activiteiten om inzicht in verrichtingen professionals te verbeteren. Zorg voor een centrale registratie van de al benoemde indicatoren. Tref maatregelen om het inzicht in individuele prestaties te verbeteren door indicatoren te benoemen en de rapportage aan het management te uniformeren;
- verzamel de informatie van de bezwaarbehandeling over de individuele professional en rapporteer daarover;
- schenk aandacht aan een scherpe sturing en monitoring op verbeterplannen.

4.1 Conclusie

De diverse uitvoeringsinstellingen maken eigen afwegingen in prioriteiten en wijze van aanpak van verbeteringen. De in hun verantwoordingsrapportage door de uitvoeringsinstellingen genoemde verbetermaatregelen dekken overwegend de geconstateerde knelpunten. Vaak in iets andere aanduidingen en bewoordingen blijkt grote overeenkomst in de signaleringen zowel in positieve als in negatieve zin. De effectiviteit van verbetermaatregelen hangt in belangrijke mate af van expliciet geformuleerde kwalitatieve uitgangspunten en doelstellingen en – in aansluiting daarop – van de beschikbaarheid van een bijpassend en uitgebalanceerd managementinstrumentarium (waaronder managementinformatie). Concrete uitwerking en realistische planning en resultaatmeting van de voorgestelde verbetermaatregelen blijven onverminderd belangrijke aandachtspunten.

5 Dossieronderzoek sociaal medisch handelen 2001

5.1 Algemeen

Het antwoord op de vraag of de sociaal medische gevalsbehandeling rechtmatig is verlopen wordt gebaseerd op een steekproef naar de medische en arbeidskundige rapportages die ten grondslag hebben gelegen aan ZW-, WAO-, Waz- en Wajong-beslissingen in het toezichtjaar 2001. Deze dossiers worden beoordeeld aan de hand van een geprotocolleerd toetskader.

5.1.1 Uitgangspunten

Expliciet onderzoek naar de rechtmatigheid en kwaliteit van het sociaal medisch handelen vindt plaats sinds 1995. Tot aan 1997 werd dit onderzoek uitgevoerd door de toezichthouder. Vanaf toezichtjaar 1998 doen de uitvoeringinstellingen het onderzoek zelf en rapporteren hierover aan de toezichthouder. Met dit laatste wordt invulling gegeven aan de controle op controle filosofie.

In de eerste periode is het accent zwaar op implementatie en uniformering van dossiercontroles komen te liggen. In eerste instantie is een omvangrijk en gestructureerd systeem van onafhankelijke dossiersteekproeven opgebouwd, gericht op de uitvoering van WAO, Waz en Wajong. Met ingang van het toezichtjaar 2001 is een vergelijkbaar systeem opgezet voor de ZW.

Uitgangspunt voor de dossiertoetsen is tweeledig. Enerzijds een controle op de beoordeling door verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, anderzijds een instrument dat de mogelijkheid biedt tot signalering van knelpunten, zelfreflectie en consensusvorming. Dit laatste is noodzakelijk, daar objectieve en onomstotelijke normen voor een belangrijk deel ontbreken. Met de ontwikkeling van consensus omtrent kwaliteit van beoordelen, kan deze kwaliteit uiteindelijk objectief worden getoetst en vervolgens kan er gericht worden gestuurd en verbeterd. Het protocol SMH heeft niet de pretentie dat er inmiddels een eenduidig en afgebakend inhoudelijk normenkader is, maar wel bestaat de ambitie om hiertoe uiteindelijk te komen door structurele toetsing, reflectie en consensusvorming onder professionals.

Het ontbreken van harde normen maakt dat in de interpretatie van de diverse aspecten van de gevalsbehandeling een zekere bandbreedte bestaat. Door voortgaand vakinhoudelijk overleg, nadere afstemming en nadere aanscherping van de toetscriteria, wordt deze bandbreedte verkleind. In die zin is er sprake van een groeipad dat moet uitmonden in toenemende betrouwbaarheid van de meetresultaten. Op dit moment stelt IWI vast dat de systematiek van structurele, objectieve en uniforme dossiercontroles bij alle uitvoeringsinstellingen is geïmplementeerd voor WAO, Waz en Wajong. Voor wat betreft de implementatie van de ZW zijn er hier en daar aanloopproblemen, maar verwacht IWI een verdere uitbouw en ontwikkeling ten positieve.

Verantwoording en feedback op functioneren

Groot risico bij het systeem van dossiercontroles is dat deze marginaal worden uitgevoerd en slechts worden gebruikt voor de verantwoordingsrapportage en minder tot spiegel van het eigen functioneren worden ingezet. Hiermee zou de dossiertoets naar de opvatting van IWI een belangrijke meerwaarde verliezen. De uitdaging blijft om deze negatieve ontwikkeling af te wenden. In de USZO-rapportage wordt er bijvoorbeeld melding van gemaakt dat men de in het kader van coaching benoemde norm van twaalf dossiers per medewerker bij lange na niet haalt. Men komt uit op gemiddeld 5,7 dossiers per arts per jaar en 3,3 dossiers per arbeidsdeskundige per jaar. Dit lijkt onvoldoende voor een reëel inzicht in de kwaliteit en voor adequate coaching.

Tekortkomingen in verslaglegging en rechtmatigheid

Het vaststellen van tekortkomingen op de diverse afzonderlijke aspecten van de gevalsbehandeling is zinvol om specifieke hiaten in de sociaal medische gevalsbehandeling in beeld te brengen

en hiermee tot een gericht aandachtspunt voor verbetering te maken. Tekortkomingen bij een dossieronderzoek hebben regelmatig betrekking op summiere of weinig inzichtelijke verslaglegging. De gevalsbehandeling als zodanig hoeft niet onjuist of onrechtmatig te zijn geweest. Een doorvertalen van de gesignaleerde tekortkomingen naar een uitspraak over de rechtmatigheid van het sociaal medisch handelen is zodoende niet zondermeer mogelijk. Terughoudendheid in de interpretatie van gegevens terzake is van belang.

Niettemin beschouwt IWI het als een contradictie dat vakinhoudelijk juiste en rechtmatige gevalsbehandeling binnen de context van de sociale verzekeringen zou kunnen samengaan met een onzorgvuldige of onvolledige verslaglegging. Verslaglegging maakt binnen de context van de sociale verzekeringen een integraal onderdeel uit van de sociaal medische gevalsbehandeling, mede vanuit het vereiste tot inzichtelijkheid en reproduceerbaarheid van het oordeel. Verder acht IWI de kans op een vakinhoudelijk juist en rechtmatig verlopen gevalsbehandeling aanmerkelijk groter als de verslaglegging over deze gevalsbehandeling lege artis is. IWI veronderstelt derhalve dat er een relatie bestaat tussen juiste gevalsbehandeling en juiste verslaglegging. Deze veronderstelling wordt onder andere bevestigd door een conclusie in de USZO-rapportage naar aanleiding van het dossieronderzoek 2001. USZO stelt vast dat naarmate de verzekeringsarts correcter wet- en regelgeving, beleidsvoorschriften en dergelijke toepast, ook de rapportage beter verzorgd is; strikt medisch inhoudelijk, maar vooral ook verzekeringstechnisch, qua weging en argumentatie.

5.1.2 Positionering rechtmatigheidsonderzoek sociaal medisch handelen

De kern van het onderzoek naar het sociaal medisch handelen vormt de juistheid en kwaliteit van de sociaal medische beoordeling. De financiële rechtmatigheids(benoordeling) heeft logischerwijze de betaling (en premie-inning) van uitkeringen en sociale verzekeringen als object, de (juistheid van de) sociaal medische beoordeling blijft hierbij echter tot op heden buiten beschouwing. Deze betalingen kunnen zich over langere periodes uitstrekken. Ook jaren nadat het recht op uitkering is vastgesteld (claimbeoordeling) is een beoordeling van betalingen nog steeds relevant. Samenvattend heeft het financiële rechtmatigheidscijfer dus betrekking op een ander object en op een andere bestandsomvang (zeker bij langlopende uitkeringen).

Het is aannemelijk dat een onzorgvuldig en ondeugdelijk uitgevoerd medisch onderzoek consequenties zal hebben voor de juistheid van (de hoogte van) de uitkering en dus financiële consequenties heeft. Hóe echter deze relatie exact ligt, is niet met de tot nog toe gebruikte methodieken vast te stellen. De aard van de sociaal medische oordeelsvorming is zodanig dat op basis van een dossieronderzoek geen ondubbelzinnig uitsluitel kan worden gegeven over de rechtmatigheid van de gevalsbehandeling. Tekortkomingen in de uitvoering en/of verslaglegging van de gevalsbehandeling hoeven niet rechtstreeks te leiden tot een onrechtmatige beslissing. Het op een zuivere wijze direct doorvertalen van inhoudelijke tekortkomingen naar financiële gevolgen is in vrijwel alle gevallen alleen mogelijk wanneer de gevalsbehandeling feitelijk in zijn totaliteit (medisch onderzoek, arbeidsdeskundig onderzoek) overgedaan zou worden, en daarbij kort na de oorspronkelijke gevalsbehandeling.

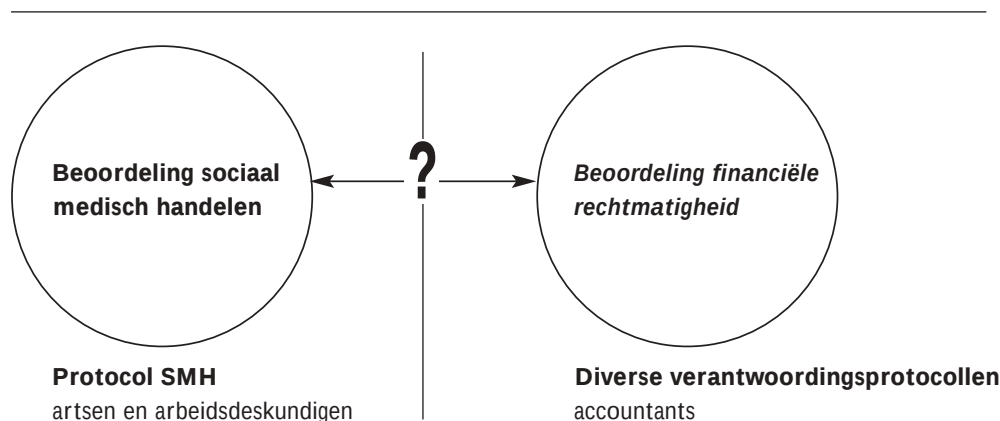
Wel denkt IWI dat het mogelijk moet zijn om, op basis van beargumenteerde aannames, enig gefundeerd inzicht te krijgen in de omvang van de financiële consequenties van tekortkomingen op het sociaal medische vlak. Een theoretisch model daarvoor is in beginsel ontwikkeld. Het model kent een aantal parameters die nader bepaald moeten worden in empirisch onderzoek. IWI heeft daar in het onderhavige onderzoek een begin mee proberen te maken, maar heeft moeten constateren dat de onderzoeksmethodiek daarvoor nog wat nader aangescherpt moet worden.

Dit leidt er noodzakelijkerwijze toe dat ook dit jaar de gepresenteerde financiële rechtmatigheidscijfers in de andere onderdelen van de rapportage 'De sociale verzekeringen in 2001' alleen betrekking hebben op het uitvoeringstraject met uitzondering van het sociaal medisch handelen. We benadrukken nogmaals dat de uitkomst van de medische en arbeidskundige (her-)beoordeling daarbij als gegeven wordt beschouwd. Vastgesteld wordt slechts of de uitkeringshoogte, op basis van de vastgestelde mate van arbeidsongeschiktheid, juist wordt vastgesteld en juist wordt verantwoord. Dit zou dus kunnen inhouden dat wordt vastgesteld dat de

financiële rechtmatigheid op orde is (de uitkering wordt volledig op de juiste wijze uitgerekend en in de boeken verantwoord), terwijl de mate van arbeidsongeschiktheid en hiermee de uitkeringshoogte (door de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige) volstrekt onjuist is vastgesteld.

Figuur 5.1

Relatie sociaal medisch handelen en financiële rechtmatigheid



5.2 Review dossieronderzoek

De uitvoeringsinstellingen doen in eigen beheer onderzoek naar de kwaliteit en rechtmatigheid van de claimbeoordeling WAO, Waz, Wajong en – dit verslagjaar voor het eerst – de ZW. IWI voert een review uit op de toets door de uitvoeringsinstellingen. Bij deze review staat de vraag centraal of het onderzoek conform de vereisten is uitgevoerd en de resultaten van het onderzoek representatief en betrouwbaar zijn. Indien dit het geval is, kan IWI haar oordeel op het eigen onderzoek van de uitvoeringsinstelling baseren. De verslaglegging dient een voldoende mate van diepgang te hebben en op transparante wijze inzicht te bieden in de onderzoekssystematiek en de resultaten. IWI verwacht een analyse van de resultaten aan te treffen en adequate vervolgacties en aanbevelingen.

5.2.1 Onderzoekssystematiek

IWI heeft kunnen vaststellen dat de uitvoeringsinstellingen de voorgeschreven onderzoekssystematiek adequaat hebben gevolgd. De meeste omissies die in het vorige verslagjaar werden aangetroffen zijn in goed overleg opgelost. Alle uitvoeringsinstellingen hebben conform eerdere afspraken over 2001 een (ten opzichte van 2000 in overleg gewijzigd) uniform toetskader gehanteerd voor de dossiercontroles. Dit maakt de resultaten in beginsel goed vergelijkbaar en consolideerbaar. Een uitzondering moet nog worden gemaakt voor het professionele eindoordeel dat de dossierbeoordelaars geacht worden te vellen over de gevalshandeling door de verzekeringsarts respectievelijk de arbeidsdeskundige. Ten algemene valt opnieuw op dat de uitvoeringsinstellingen de uitvoering van de dossiercontroles zeer serieus en zorgvuldig ter hand hebben genomen. De uitvoeringsinstanties hebben hierin met zichtbaar resultaat geïnvesteerd.

Per wet dienen tenminste driehonderd aselechte beoordelingen (waarbij tenminste één verzekeringsarts is betrokken) onafhankelijk te worden getoetst.²⁴ IWI heeft vastgesteld dat de uitvoeringsinstellingen niet in alle gevallen voldoende aselechte claimbeoordelingen hebben getoetst, doch na opmerkingen van IWI en overleg met de betrokken uitvoeringsinstellingen is hierin ten opzichte van het vorig verslagjaar duidelijk een positieve ontwikkeling waarneembaar.

²⁴
De Wajong wordt alleen door
Gak uitgevoerd

5.2.2 **Onafhankelijkheid en betrouwbaarheid**

De dossiercontrole moet worden uitgevoerd door een onafhankelijke functionaris die niet rechtstreeks bij de te toetsen gevalsbehandeling is betrokken. Wanneer een staffunctionaris dossiers toetst in zijn eigen regio is in beginsel niet aan dit vereiste voldaan. Om in een dergelijke situatie eventuele onzuiverheden af te vangen schrijft het protocol SMH voor dat er een onafhankelijke (interne) overcontrole plaatsvindt. Uit de (over)gecontroleerde dossiers neemt IWI een steekproef. De interne overcontrole is door enkele uitvoeringsinstellingen niet volledig (USZO) of niet op tijd (SFB, GUO) uitgevoerd.²⁵ Uit de uitgevoerde onafhankelijke steekproef bij deze uitvoeringsinstellingen door IWI zijn echter geen aanwijzingen gekomen dat de controle onzorgvuldig is uitgevoerd of onbetrouwbaar zou zijn. Cadans en Gak voerden de dossiercontrole volgens het voorgeschreven protocol uit. Ook bij deze uitvoeringsinstellingen kon IWI vaststellen dat de controle zorgvuldig is uitgevoerd en de resultaten betrouwbaar zijn.

25

GUO en SFB hebben dus wel een centrale overcontrole uitgevoerd, maar deze was te laat afgerond om in het IWI-onderzoek te betrekken.

5.2.3 **Verantwoordingsrapportages**

De verantwoordingsrapportage over het dossieronderzoek is over het algemeen voldoende transparant en consistent. De rapportages worden ook op volledigheid en juistheid getoetst aan het protocol SMH. De GUO-rapportage is evenals in 2000 tamelijk summier voor wat betreft de beschrijving en resultaten van het onderzoek. Cadans en SFB onderscheiden zich zeer positief voor wat betreft de gedetailleerdheid van de beschrijving en de analyse van de onderzoeksresultaten. Inmiddels hebben alle uitvoeringsinstellingen conform het protocol SMH de onderzoeksresultaten per wet uitgesplitst.

De rapportages zijn voldoende zelfkritisch. De uitvoeringsinstellingen analyseren – overigens in wisselende mate van diepgang – de onderzoeksbevindingen en het effect van diverse ondernomen acties op basis van het onderzoek in het voorgaande verslagjaar. Aandachtspunten en reeds ingezette danwel toekomstige vervolg- en verbeteracties worden in voldoende mate beschreven en door IWI onderschreven.

5.2.4 **Conclusie**

Het uitgevoerde onderzoek door de uitvoeringsinstellingen naar de kwaliteit en rechtmatigheid van de sociaal medische gevalsbehandeling binnen de WAO, Waz, Wajong en ZW is conform het voorgeschreven protocol uitgevoerd, met uitzondering van de totstandkoming van het professionele eindoordeel per gevalsbehandeling. Nadere aanscherping van het protocol SMH in 2001 en 2002 heeft geleid tot een verbetering van inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid. De resultaten zijn – binnen de bandbreedte die onvermijdelijk is bij een dergelijk onderzoek – voldoende betrouwbaar. De verantwoordingsrapportages zijn wisselend van diepgang en gedetailleerdheid, doch beschouwd over alle uitvoeringsinstellingen van voldoende transparantie en kwaliteit. De kwaliteit van verslaglegging op het niveau van individuele verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige rapportages verbetert zichtbaar.

5.3 **Ziektewet**

Over 2001 baseert IWI haar oordeel voor het eerst op door de uitvoeringsinstellingen zelf uitgevoerd onderzoek. In voorgaande jaren baseerde de toezichhouder zich op eigen onderzoek. Ingaande 2001 is er dus een nieuwe mijlpaal bereikt.

5.3.1 **Steekproeftrekking**

Het dossieronderzoek ZW heeft betrekking op werknemers die gedurende de ziektewetperiode daadwerkelijk door de uitvoeringsinstelling worden begeleid danwel hadden moeten worden begeleid, te weten de verzekerde zonder werkgever in de zin van het Burgerlijk Wetboek met aanspraak op ziekengeld. In totaal waren er in 2001 (exclusief USZO) 83.431 ZW-beschikkingen. De uitvoeringsinstellingen dienden elk aselect driehonderd in het toezichtjaar afgesloten ZW-dossiers te selecteren, waarbij de duur van de arbeidsongeschiktheid zes weken of langer bedroeg.

26
In het kader van de uitvoering van de ZW is een beoordeling door de arbeidsdeskundige niet voorgeschreven en komt in de praktijk ook niet voor.

Zes weken criterium

Het karakter van de ZW is dynamischer dan WAO, Waz en Wajong. Er is vaak sprake van kortdurende ziektegevallen. Het is niet noodzakelijk dat bij ieder (kortdurend) ziektegeval onmiddellijk een medische beoordeling plaatsvindt. Om deze reden is het zes weken criterium ingevoerd. Hierbij is de veronderstelling van IWI dat bij een dergelijk lange ziekteduur verwacht mag worden dat er een daadwerkelijke (medisch inhoudelijke) beoordeling heeft plaatsgevonden.²⁶ Verder wordt aangenomen dat de inhoudelijke verslaglegging in volledigheid en diepgang toeneemt, naarmate de ziekteperiode langer duurt.

De zes weken termijn is overigens dezelfde termijn die in de Wet verbetering poortwachter wordt aangehouden waarin van werkgevers, werknemers en arbodiensten wordt vereist dat een probleemanalyse en een (op reïntegratie gericht) plan van aanpak is opgesteld. In het toetskader dat de uitvoeringsinstellingen hanteren in het kader van de Wet verbetering poortwachter gaan de uitvoeringsinstellingen bij verzuimbegeleiding uit van een gemiddelde bezoekfrequentie aan de (bedrijfs)arts van één keer per zes weken.

Resultaten dossierselectie

In totaal omvatte de steekproef 1.621 dossiers. In totaal (alle uitvoeringsinstellingen bij elkaar) bleef slechts 59 procent van de geselecteerde dossiers (in totaal 952 dossiers) over om te toetsen. Van dertien procent (204 dossiers) is onbekend waarom de uitvoeringsinstellingen de dossiers niet konden toetsen. Negen procent van de dossiers kon niet (op tijd) worden gevonden. Vijf procent bleek niet reproduceerbaar (verslaglegging afwezig, of van dusdanig slechte kwaliteit dat geen beoordeling kon plaatsvinden). In vijftien procent van de geselecteerde dossiers bleek verdere beoordeling niet van toepassing omdat er geen (verzekerings)arts bij de beoordeling is betrokken.²⁷

Gak en in mindere mate SFB onderscheiden zich bij de dossierselectie positief. In respectievelijk 92 procent en 81 procent konden hier de aangewezen dossiers worden beoordeeld. Bij Cadans bleef uiteindelijk 46 procent van de dossiers over. Met USZO werd in een eerder stadium overeengekomen tien dossiers te toetsen (zie voetnoot). De resultaten bij GUO zijn op dit punt zeer teleurstellend. Slechts dertien procent van de geselecteerde dossiers kon worden beoordeeld. Van de steekproef van driehonderd aselecte dossiers konden 126 (42 procent) dossiers niet (op tijd) worden geleverd; van 35 procent (104) is onduidelijk wat de achtergrond van uitval is. Bij tien procent (31) van de geselecteerde dossiers bleek geen (verzekerings)arts betrokken. Terecht wordt in de GUO-rapportage opgemerkt dat deze bevindingen om een nader onderzoek vragen.

Conclusie

Hoewel er over alle uitvoeringsinstellingen samengenomen voldoende dossiers overblijven om een goede indruk van de gevalsbehandeling door (verzekerings)artsen binnen de ZW te krijgen is het teleurstellend om te moeten constateren dat het de uitvoeringsinstellingen zeer moeilijk valt om de gewenste aantallen dossiers te beoordelen. In het bijzonder de bevindingen bij Cadans en GUO wijzen op een matig tot slecht beheerst proces wat noopt tot verstrekkende maatregelen.

5.3.2 Inhoudelijke resultaten

Het toetskader is met ingang van 2001 gewijzigd, waardoor een vergelijking met voorgaande niet rechtstreeks mogelijk is. Dat neemt niet weg dat het globale beeld over 2001 goed overeenkomt met voorgaande jaren.

27

Bij USZO bleek reeds in een eerder stadium dat er nauwelijks te toetsen dossiers zouden zijn. De USZO-populatie Werkloosheidswet (WW) wordt door Gak uitgevoerd; van de overige 15.427 vangnetdossiers betreft de overgrote meerderheid zwangerschaps- en bevallingsverlof (14.870). Van de 262 overgebleven dossiers werd vrijwel niemand daadwerkelijk medisch beoordeeld. De gegevens en eigen verklaringen werden beoordeeld door een zogenoemde service-medewerker ZW. Afgesproken is tien dossiers te beoordelen om tenminste een beeld te krijgen van de gevalsbehandeling.

Tabel 5.1

Foutaspecten: percentage tekortkomingen in ZW-dossiers

	ZW 2001					
	Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
1 Gebruikmaking gegevens	14%	10%	11%	7%	Niet uitgevoerd	13%
2 Klacht	12%	8%	22%	4%		11%
3 Beperking ten aanzien van werk	37%	26%	44%	27%		35%
4 Werk: inhoud, omstandigheden, uren	35%	18%	45%	12%		32%
5 Behandeling	10%	5%	14%	5%		9%
6 Lichamelijk onderzoek	12%	13%	19%	9%		12%
7 Onderzoek psyche	16%	13%	19%	12%		15%
8 Diagnose	47%	28%	46%	26%		43%
9 Argumentatie onderbouwt oordeel	29%	26%	53%	32%		30%
10 Geplande acties en afspraken	11%	0%	13%	3%		10%
11 Juiste aanleiding onderkend	7%	3%	6%	1%		6%
12 Motivering eventuele hersteldverklaring	13%	18%	29%	13%		14%
13 Toepassing bijzondere wetsartikelen	9%	0%	4%	0%		7%

Zoals uit bovenstaande tabel blijkt, worden er over de hele linie hoge percentages tekortkomingen gescoord. Veel tekortkomingen worden gescoord op vitale elementen binnen de beoordeling. Vaak is niet duidelijk wat de werkzaamheden van betrokkene zijn (of althans als referentie dienen), noch welke medische beperkingen voor deze werkzaamheden aan de orde zijn (respectievelijk item drie en vier). Welke diagnose er is gesteld is ook vaak niet duidelijk (item acht). Inhoudelijk (item negen) blijft de onderbouwing voor de kennelijke conclusie vaak zwak. Het scherp formuleren van een probleemanalyse met betrekking tot de klachten van betrokkene en de hieruit voortvloeiende beperkingen in relatie tot zijn werkzaamheden blijft vaak achterwege. Ook de besluitvorming is vaak oninzichtelijk. Deze bevindingen zijn in lijn met de bevindingen in voorgaande jaren. Van een duidelijke verandering of verbetering is geen sprake.

USZO heeft tien ZW-gevallen beoordeeld. In slechts één van deze gevallen is een spreekuurbeoordeling door een arts uitgevoerd. In negen gevallen werd de beoordeling uitgevoerd door een service-medewerker ZW op basis van een schriftelijke eigen verklaring van de cliënt. Deze service-medewerker werkt onder verantwoordelijkheid van de centrale arts ZW. Deze centrale arts werd in drie van de tien gevallen betrokken bij de besluitvorming. Het betreft alle verzuimgevallen van zes weken of langer uit de vangnetpopulatie (niet WW).

Verslaglegging

Ten algemene is de verslaglegging in het kader van de ZW nog erg matig. Waar voor WAO, Waz en Wajong-beoordelingen veelal gewerkt wordt met een vast rapportagestramien, moet dit voor de ZW nog worden ontwikkeld danwel beter worden geïmplementeerd. Met de introductie van het toetskader sociaal medisch handelen voor de ZW en de hieraan gekoppelde eis dat de uitvoering zelf een dossiertoets op de ZW dient uit te voeren zijn wel eerste verbeteringen zichtbaar. Vaak is zichtbaar dat de rapportages naarmate de tijd vordert beter worden. Met andere woorden, rapportages uit de tweede helft van 2001 zijn beter dan uit de eerste helft.

5.3.3 Rechtmatigheid gevalsbehandeling ZW

Zoals aangegeven in paragraaf 5.2 kan een dossieronderzoek zelden een onomstotelijk uitsluit-
sel geven over de juistheid van de sociaal medische gevalsbehandeling. Het antwoord op deze
vraag wordt het dichtst benaderd door een uitspraak op basis van professional judgement.
Hierin schuilt een zekere mate van subjectiviteit. Onderstaand overzicht is derhalve indicatief
en moet met terughoudendheid worden beoordeeld.

Tabel 5.2
Eindoordeel Ziektewet

Kwaliteit sociaal medisch handelen verzekersarts ZW	Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
Kwaliteit handelen						
voldoende	61,0%	16,8%	50,7%	39,2%		57,6%
Onbekend	29,3%	15,8%	27,1%	13,3%	Geen	27,0%
Kwaliteit handelen					steekproef	
onvoldoende	9,7%	67,3%	22,1%	47,5%	uitgevoerd	15,4%
Waarvan						
• zeker effect oordeel verzekersarts	0,6%	0,0%	0,6%	0,0%		0,5%
• waarschijnlijk effect op oordeel verzekersarts	0,6%	0,0%	2,1%	1,3%		0,7%
• waarschijnlijk geen effect oordeel verzekersarts	1,5%	1,5%	14,1%	6,6%		2,6%
• zeker geen effect op oordeel verzekersarts	2,4%	1,5%	4,4%	32,9%		6,8%
• effect op oordeel verzekersarts onbekend	4,5%	64,3%	0,9%	6,6%		4,7%
Totaal	100%	100%	100%	100%		100%

Met onvoldoende kwaliteit wordt bedoeld: er zijn veel kleine tekortkomingen of tenminste één grote. Indien de onderzoeker van mening is dat de ver-
zekersgeneeskundige conclusie er waarschijnlijk anders zou uitzien bij goed sociaal medisch handelen, dan is zeker sprake van een onvoldoende.
Omgekeerd is echter niet het geval: het is mogelijk dat onvoldoende handelen toch eenzelfde verzekeringsgeneeskundige conclusie oplevert. Indien de
kwaliteit van het sociaal medisch handelen onvoldoende wordt geacht, worden de eventuele consequenties voor de verzekeringsgeneeskundige/arbeids-
deskundige conclusie beoordeeld. Gevraagd wordt of de gesignaleerde tekortkomingen leiden tot een andere verzekeringsgeneeskundige conclusie.

Uit bovenstaand overzicht valt op te maken dat in totaal 15,4 procent van de getoetste verze-
keringsgeneeskundige dossiers als onvoldoende worden beoordeeld. Verder is opvallend dat de
percentages waarin dossiers als onvoldoende worden beschouwd bij GUO en Cadans veel
hoger lijken te liggen dan gemiddeld. Dit is echter mogelijk toe te schrijven aan een andere
manier van scoren. De slechte score van GUO is bovendien te wijten aan het hoge aantal in de
steekproef geselecteerde dossiers dat vervolgens niet aanwezig was. IWI hanteert conform het
protocol de strikte regel dat niet aanwezige dossiers als onvoldoende worden aangemerkt. Dit
om te waarborgen dat geselecteerde dossiers niet ten onrechte terzijde worden gelegd. GUO
zelf komt tot een percentage van vijftien procent onvoldoende.

In 0,5 tot 1,2 procent schat men in dat er dusdanig tekortkomingen zijn dat er zeker of zeer
waarschijnlijk een andere verzekeringsgeneeskundig conclusie moet worden getrokken. Voor
deze 1,2 procent van ZW-beoordelingen (het betreft immers een representatieve steekproef)
zou dus mogelijk een andere uitkeringshoogte aan de orde kunnen zijn.

Conclusie

De uitvoeringsinstellingen hebben met ingang van 2001 een toetskader voor de inhoudelijke toets op de uitvoering van de ZW geïmplementeerd. De uitvoering van de ZW is zowel procesmatig als inhoudelijk slecht beheerst. De overall kwaliteit van de gevalsbehandeling is in een substantieel deel van de onderzochte dossiers onvoldoende (vijftien procent). Op essentiële onderdelen van de gevalsbehandeling zijn serieuze inhoudelijke tekortkomingen vastgesteld, die naar schatting in tenminste 0,5 tot 1,2 procent van de ZW-beoordelingen zeker of zeer waarschijnlijk tot een onjuist verzekeringsgeneeskundig oordeel hebben geleid met mogelijk consequenties voor de hoogte van de uitkering. De omvang van de financiële consequenties van deze bevindingen is met de beschikbare onderzoeksmethodiek niet vast te stellen.

Vastgesteld is dat het vaak lang duurt vooraleer een eerste inhoudelijke beoordeling door een (verzekerings)arts plaatsvindt of hier kennelijk geen verslag van wordt gedaan. Indien de inhoudelijke en procesmatige kwaliteit van de uitvoering van de ZW door UWV niet verbetert, is de geloofwaardigheid van UWV als toetser van de verzuimbegeleiding door werkgevers, werknemers en arbodiensten in het kader van de Wet verbetering poortwachter in het geding.

5.4 WAO, Waz en Wajong

5.4.1 Steekproeftrekking

De steekproef werd getrokken uit een totale massa (= alle beschikkingen) die in onderstaande tabel is vermeld). De lagere aantallen beoordeelde dossiers zijn gevolg van uitval die optreedt. In totaal vielen 745 dossiers (23 procent) af. De overgrote meerderheid hiervan (439) bestond uit dossiers die niet van toepassing waren omdat er geen verzekeringsarts bij de beschikking betrokken is geweest. Percentueel gezien is het aantal uitvallers bij Gak het grootst (35 procent). Het betreft hier voor het merendeel (31 procent) dossiers die niet van toepassing waren. Opvallend is ook het grote percentage uitvallers bij GUO (24 procent). Het betreft hier vooral dossiers (24 procent) die niet konden worden gevonden of van een dusdanig slechte kwaliteit waren dat de kwaliteit van het sociaal medisch handelen niet kon worden beoordeeld. Dit dient door GUO nader te worden geëvalueerd.

Tabel 5.3

Totaal aantal beschikkingen

Uitvoeringsinstelling/wet	WAO	Waz	Wajong	Totaal
Gak	229.367	13.927	45.375	288.669
GUO	10.369	4.439	0	14.808
SFB	11.911	410	0	12.321
Cadans	83.297	4.979	0	88.276
USZO	41.186	84	0	41.270
Totaal	376.130	23.839	45.375	445.344

Tabel 5.4

Aantal beoordeelde dossiers per uitvoeringsinstelling en wet (verzekeringsarts)

Uitvoeringsinstelling/wet	WAO	Waz	Wajong	Totaal
Gak	221	167	193	581
GUO	312	310	0	621
SFB	382	159	0	541
Cadans	302	198	0	500
USZO	275	3 ²⁸	0	278
Totaal	1.492	837	193	2.522

28

Dit aantal is met de toezichhouder vooraf afgesproken, gezien de zeer beperkte omvang van de Waz in de USZO-populatie

30

De groep van dossiers die dusdanige tekortkomingen vertoonde dat het verzekeringgeneeskundig/arbeidsdeskundig oordeel zeker anders moest zijn, werd aangevuld met aselekt getrokken dossiers tot een totaal van 25 dossiers per discipline per wet.

Kwaliteitstoets

IWI heeft bij iedere uitvoeringsinstelling een overcontrole (kwaliteitstoets) uitgevoerd op door de uitvoeringsinstelling getoetste dossiers. Deze overcontrole heeft zich voor wat betreft WAO, Waz en Wajong gericht op twee groepen dossiers. Ten eerste is een aselekt steekproef genomen uit gecontroleerde dossiers door de uitvoeringsinstellingen.²⁹ Ten tweede zijn die dossiers waarvan de uitvoeringsinstellingen hebben geoordeeld dat de gevalsbehandeling onvoldoende was en waarvan de geconstateerde tekortkomingen zeker tot een ander verzekeringsgeneeskundig en/of arbeidsdeskundig oordeel hadden moeten leiden, nader beschouwd. De toets op de tweede groep dossiers is uitgevoerd om beter inzicht te krijgen in de achtergronden van de aard van de tekortkomingen bij ernstige onvolkomenheden in de sociaal medische gevalsbehandeling. Per uitvoeringsinstelling zijn in totaal 25 verzekeringsgeneeskundige en 25 arbeidsdeskundige WAO-, Waz- en Wajong-beoordelingen door IWI overgecontroleerd.³⁰

Beoordeeld is of het onderzoek door de uitvoeringsinstellingen voldoende plausibel is om de resultaten over te kunnen nemen. Bij een dergelijke kwaliteitstoets is het gebruikelijk in geval van één afwijking de resultaten van de uitvoeringsinstellingscontrole niet zonder meer over te nemen. Dit speelt dan met name bij financiële afwijkingen. Bij de controle op sociaal medisch handelen is sprake van een veel grotere bandbreedte. Een harde norm is dan ook niet bepaald. Hoofdvraag was vast te stellen of er, op basis van de kwaliteitstoets, duidelijke aanwijzingen waren te vinden dat uitvoeringsinstellingen structureel het eigen handelen te positief beoordeelden. Dit bleek niet het geval te zijn. Behoudens enkele incidentele uitzonderingen kon IWI zich op hoofdlijnen vinden in de uitgevoerde beoordeling door de uitvoeringsinstellingen. De genoemde uitzonderingen betreffen geen structurele verschillen in inzicht doch zijn één: gebaseerd op onvoldoende of onvoldoende toereikende toelichting op de interne beoordeling van de uitvoeringsinstelling of twee: incidentele interpretatieverschillen die toe te schrijven zijn aan de bandbreedte die het onderzoek in zijn aard kenmerkt.

5.4.2 Resultaten dossiertoets WAO, Waz en Wajong

Een aantal trends valt op:

- de spanning tussen kwantiteit en kwaliteit tekent zich herhaaldelijk af in de zorgvuldigheid van de verslaglegging (en mogelijk het onderliggende verzekeringsgeneeskundig/arbeidsdeskundig onderzoek);

29

De dossiercontrole moet worden uitgevoerd door een onafhankelijke functionaris die niet rechtstreeks bij de te toetsen gevalsbehandeling is betrokken. Wanneer een staffunctionaris dossiers toetst in zijn eigen regio is in beginsel niet aan dit vereiste voldaan. Om in een dergelijke situatie eventuele onzuiverheden voor te zijn schrijft het protocol SMH voor dat er een onafhankelijke (interne) overcontrole plaatsvindt. Uit de (over)gecontroleerde dossiers neemt IWI een steekproef. Bij SFB en GUO is men niet op tijd aan deze overcontrole toegekomen. Dit verhoogt het risico op minder betrouwbare resultaten. Uit de door IWI uitgevoerde onafhankelijke steekproef zijn echter geen aanwijzingen gekomen dat de toets bij GUO en SFB onzorgvuldig is uitgevoerd of onbetrouwbaar zou zijn.

- op grote schaal vinden herbeoordelingen op de stukken plaats. Dit heeft tenminste twee negatieve consequenties voor de resultaten van de dossiertoets:
 - vaak baseert men het oordeel logischerwijze op oudere dossiers en oudere onderliggende stukken. De resultaten van verbeteringen die in de afgelopen jaren zijn doorgevoerd op inhoudelijk vlak of op het vlak van verslaglegging, zijn vaak niet in deze oude dossiers verwerkt. De verwijzing naar deze dossiers heeft dan logischerwijze een dempend effect op de kwaliteit van de getoetste (her)beoordeling. In zekere zin betreft het dus eerder gemaakte fouten en tekortkomingen in de verslaglegging;
 - überhaupt het afdoen van beoordelingen op de stukken leidt vaak tot minder inzichtelijke en complete verslaglegging;
- de verbetering van de kwaliteit van de verslaglegging aangaande de oordeelsvorming consolideert.

Overall resultaten

Er heeft zich ten opzichte van 2000 min of meer een consolidatie voorgedaan. De belangrijkste foutenbronnen in 2001 komen grotendeels overeen met voorgaande jaren. Op een aantal belangrijke inhoudelijke aspecten waar zich verbetermaatregelen op hebben gericht (bijvoorbeeld de toepassing van de verzekeringsgeneeskundige standaard GDBM) is geen duidelijke verbetering, noch verslechtering gemeten. Hier kan sprake zijn van naijleffecten, omdat bijvoorbeeld beschikkingen die afgegeven worden in 2001 nog betrekking kunnen hebben op 2000. Voor een deel wordt dus naar het verleden gekeken. Op vormaspecten zet de positieve trend duidelijker door. Cadans maakt melding van een achteruitgang in de verslaglegging van de arbeidsdeskundige oordeelsvorming. In het totaalbeeld komt dit niet duidelijk naar voren. Evenals aan de verzekeringsgeneeskundige zijde is er sprake van een consolidatie ten opzichte van vorig jaar.

Qua patroon zijn de fouten over de diverse wetten vergelijkbaar: wat goed gaat bij de uitvoering van de WAO, gaat ook goed bij Waz en Wajong. Dit geldt zowel voor de verzekeringsarts als de arbeidsdeskundige. Waz en WAO ontlopen elkaar in percentages tekortkomingen weinig. Wajong ligt qua foutenniveau wat lager. Oorzaken hiervoor zijn speculatief. Mogelijk dat de Wajong qua beoordeling minder complex is. Ook kan vertekening zijn opgetreden door het relatief kleine aantal dossiers dat is getoetst.

De verklaring ligt niet in een aanmerkelijk verschil tussen Gak (voert als enige Wajong uit) en de overige uitvoerders. Op grond van het beschikbare materiaal valt op dat de verschillende uitvoeringsinstellingen onderling minder sterk verschillen qua foutenniveau dan in voorgaande jaren. Niettemin is het opvallend dat de scores van USZO en SFB met name aan de kant van de verzekeringsarts op specifieke onderdelen nog steeds hoger liggen dan bij de andere uitvoeringsinstellingen. De verschillen zijn echter minder duidelijk afgetekend dan in het vorige verslagjaar. Hier tekent zich mogelijk de routine met de toetssystematiek en de toegenomen consensusvorming over de (inhoudelijke) normering zich af.

Inhoudelijke kwaliteit en productiedruk

Vrijwel alle uitvoeringsinstellingen merken op dat de kwaliteit van de gevalsbehandeling of tenminste de kwaliteit van de verslaglegging over de gevalsbehandeling onder druk komt door druk op de productie. Ingrijpende ontwikkelingen zoals UWV-vorming en de introductie van het CBBS leggen bovendien een extra beslag op de beschikbare capaciteit. Cadans merkt op dat de verslechtering op diverse aspecten toe te schrijven is aan het schriftelijk afdoen van herbeoordelingsdossiers. Hierbinnen vormt de kwaliteit van extern uitbestede dossiers een extra risico. Men stelt dat wanneer dit binnen de reguliere productie gebeurt dit aanmerkelijk negatieve gevolgen voor de kwaliteit heeft. Dit lijkt zich niet voor te doen wanneer dergelijke activiteiten plaatsvinden binnen strak omschreven afgeperkte projecten. Op dergelijke projecten (herbeoordelingscentrum Cadans of achterstandsoperatie Gak) staan diverse extra interne controleslagen, waarmee de kwaliteit beter kan worden gegarandeerd.

Hiernaast volgt een beknopt overzicht van de overall resultaten van de dossiertoets (verzekeringsgeneeskundig deel) op basis van het door de uitvoeringsinstellingen uitgevoerde onderzoek. In bijlage één worden meer gedetailleerde overzichten weergegeven op grond waarvan de diverse uitvoeringsinstellingen met elkaar kunnen worden vergeleken.

Resultaten verzekeringsarts

Tabel 5.5

Percentage tekortkomingen per aspect (verzekeringsarts)

	2001 WAO Totaal	Waz Totaal	Wajong Totaal	2000 ^{a)} WAO en Waz Totaal ^{b)}	1999 ^{c)} Totaal
1 Vraagstelling	4%	10%	9%	8%	22%
2 Cliënt is gezien	1%	2%	2%	1%	3%
3 De hoofd(neven)diagnose(n) is/zijn omschreven en gecodeerd	14%	13%	15%	20%	49%
4 Visie cliënt op arbeidsmogelijkheden	6%	7%	4%	11%	16%
5 Informatie aan derden gevraagd	8%	7%	2%	10%	16%
6 Gebruikmaking van eerdere gegevens uit dossier	1%	3%	2%	3%	4%
7 Anamnese/beoordelingsgesprek	10%	8%	3%	15%	25%
8 Lichamelijk onderzoek	8%	5%	2%	9%	17%
9 Onderzoek psyche	8%	6%	3%	9%	19%
10a Argumentatie belastbaarheidspatroon ^{d)}	13%	8%	5%	9%	25%
10b Argumentatie standaard GDBM	15%	16%	9%	14%	34%
10c Beargumentering eventuele beperking in uren of arbeidspatroon	9%	7%	2%	9%	17%
10d Argumentatie overig	5%	6%	0%	16%	37%
11 Toepassing richtlijn dezelfde oorzaak bij toegenomen arbeidsongeschiktheid	2%	2%	0%	1%	4%
12 De verzekeringsarts beargumenteert accepteren restrictiefuncties	6%	5%	3%	6%	13%
13 Reactie van cliënt op het oordeel van de verzekeringsarts	3%	4%	4%	6%	14%
14 De prognose ten aanzien van werkherhvatting en de aandoening	30%	32%	17%	15%	17%
15 Planning	5%	5%	2%	9%	13%
X Conclusie beantwoordt aan de vraagstelling	Vervallen			5%	15%

a) Over de periode voor 2001 betreft het de samengestelde resultaten met betrekking tot de WAO en de Waz.

b) Landelijke cijfers en oordelen worden bepaald door de uitkomsten gewogen te evalueren.

c) Het betreft hier de resultaten van in 1999 uitgevoerd onderzoek door het Ctsv met betrekking tot alleen de WAO.

d) Om dubbelstellingen te voorkomen is om technische redenen de vragenlijst anders gerubriceerd. In feite is het begrip 'argumentatie in de beschouwing' nader opgesplitst.

Dominante foutbronnen gevalsbehandeling van WAO, Waz en Wajong door de verzekeringsarts

Kort worden hier de vijf aspecten met de meeste tekortkomingen aangestipt. Item veertien (prognose) scoort bij alle uitvoeringsinstellingen evenals vorig jaar slecht. Dit onderdeel wordt vooral fout gescoord omdat er geen expliciete prognose in de rapportage is opgenomen. Regelmatig blijkt overigens ook dat de oorspronkelijke inschatting van de verzekeringsarts niet overeenkomt met het feitelijke moment van werkherhvatting. Betrokkene blijft vaak langer arbeidsongeschikt dan door de verzekeringsarts voorzien. Als reden voor de toename in tekortkomingen wordt aangegeven dat er verscherpte aandacht is bij de toets en de definities zijn bijgesteld.

Het aspect 'argumentatie standaard GDBM' (item tien b) blijft hoog scoren. Nog te vaak wordt de toepassing van GDBM te summier beargumenteerd. De beschrijving op drie niveaus wordt onder andere expliciet genoemd als aandachtspunt.

Het grote aantal tekortkomingen in item drie (diagnose) is evenals in 1999 en 2000 vrijwel volledig toe te schrijven aan het feit dat de oorzaakcode in de rapportages ontbreekt. Dit vereiste is vrij recent opgenomen en ook in 2001 nog niet integraal door alle verzekeringsartsen uitgevoerd (een tekortkoming derhalve van administratieve aard). Het belangrijke item tien a (argumentatie belastbaarheidspatroon) werd in dertien procent van de dossiers inadequaet beoordeeld.

Opmerkingen aangaande de argumentatie hebben vooral betrekking op het te summier zijn en het onvoldoende uitwerken en onderbouwen van de relatie tussen de bevindingen en de (kenmerkende) beperkingen. Deze bevinding is identiek aan voorgaande jaren.

Het percentage tekortkomingen op het beoordelingsgesprek (item zeven) is duidelijk afgenomen. De aard van de tekortkomingen ligt erin dat deze in de verslaglegging met onvoldoende diepgang is uitgewerkt. De anamnese blijft vaak hangen op het (beschrijvende) klachtenniveau. De belastende functieonderdelen worden vaak onvoldoende beschreven. Doorvragen op stoornissen en beperkingen blijft een aandachtspunt.

Resultaten arbeidsdeskundige

Hieronder volgt een beknopt overzicht van de overall resultaten van de dossiertoets (arbeidskundig deel) op basis van het door de uitvoeringsinstellingen uitgevoerde onderzoek. In bijlage twee worden meer gedetailleerde overzichten weergegeven op grond waarvan de diverse uitvoeringsinstellingen met elkaar kunnen worden vergeleken.

Tabel 5.6

Percentage fout per aspect (arbeidsdeskundige)

	2001 WAO Totaal	Waz Totaal	Wajong Totaal	2000 ^{a)} WAO en Waz Totaal ^{b)}	1999 ^{c)} Totaal
1 Vraagstelling	10%	12%	16%	14%	51%
2 Beschrijving onderzoeksactiviteiten	4%	2%	7%	6%	21%
3 Toereikendheid onderzoeksgegevens	9%	10%	13%	Nieuw in 2001	
4 Opleidingsgegevens	8%	8%	5%	8%	43%
5 Arbeids- en uitkeringsgegevens	4%	3%	2%	8%	25%
6 Beschrijving laatste arbeid	6%	7%	3%	13%	33%
7 Beschrijving visie cliënt	6%	8%	11%	11%	32%
8 Beschrijving visie werkgever	11%	1%	1%	Nieuw in 2001	
9 Keuze maatgevende arbeid	3%	0%	3%	2%	10%
10 Beschrijving maatgevende arbeid	12%	10%	3%	14%	32%
11 Beoordeling geschiktheid maatgevende arbeid	9%	9%	1%	8%	39%
12 Vaststelling maatmaninkomen	13%	15%	17%	13%	25%
13 FIS/CBBS invoer	6%	7%	2%	7%	26%
14 Functieduiding FIS	5%	5%	2%	10%	25%
15 Overleg verzekeringsarts	5%	4%	4%	7%	20%
16 Vaststelling theoretische verdien capaciteit	3%	1%	0%	5%	20%
17 Onderzoek herplaatsing eigen werkgever	4%	2%	0%	3%	19%
18 Geschiktheid arbeid waarin hervat	11%	9%	6%	Nieuw in 2001	
19 Beoordeling gerealiseerde loonwaarde	10%	9%	9%	10%	23%
20 Vergelijken verdien capaciteit en arbeidsongeschiktheidsklasse	1%	3%	1%	5%	15%
21 Toepassen bijzondere wetsartikelen	2%	2%	2%	2%	8%
22 Reactie cliënt	8%	10%	12%	10%	3%
23 Beantwoording conclusie aan vraagstelling	7%	4%	4%	7%	25%
24 Visie op arbeids- en reïntegratiemogelijkheden	8%	5%	3%	Nieuw in 2001	
25 Planning	2%	2%	3%	4%	15%
X Cliënt gezien	Vervallen in 2001			5%	15%
X Prognose				4%	11%

a) Het betreft hier de samengestelde resultaten met betrekking tot de WAO en de Waz.

b) Landelijke cijfers en oordelen worden bepaald door de uitkomsten gewogen te evalueren.

c) Het betreft hier de resultaten van door het Ctsv in 1999 uitgevoerd onderzoek met betrekking tot alleen de WAO.

Dominante foutbronnen

Op een enkel verschil na zijn WAO, Waz en Wajong vergelijkbaar voor wat betreft de trend in de dominante fouten. Met name bij Gak wordt aangegeven dat de tekortkomingen aan arbeidsdeskundige zijde in Waz en Wajong zwaarwegender zijn. Dit komt tot uiting in een groter aantal dossiers waarvan Gak aangeeft dat de tekortkomingen tot andere conclusies moeten leiden (zie verder).

Het aspect 'vaststelling maatmaninkomen' (item twaalf) scoort veel tekortkomingen. Dit is een belangrijk aspect, omdat het rechtstreeks gevolgen kan hebben voor de hoogte van de uitkering. Er worden bijvoorbeeld berekeningsfouten gemaakt en bijvoorbeeld fouten als gevolg van het hanteren van een verkeerde of verouderde indexering. De vraagstelling (item één) scoort evenals vorig jaar hoog. De vraagstelling wordt niet volledig beschreven. Het gehanteerde arbeidsongeschiktheidscriterium ontbreekt vaak. Ook vergelijkbaar met 2000 staat item (elf) 'beoordeling geschiktheid maatgevende arbeid' op de tweede plaats voor wat betreft het hoogste aantal tekortkomingen. De door de uitvoeringsinstellingen in 2000 aangekondigde maatregelen op dit punt hebben nog niet tot duidelijke resultaten geleid. De beschrijving is te summier; beperkt zich vaak tot een functiebenaming, zonder verdere beschrijving van taken, duur en functiebelasting. Item achttien (geschiktheid arbeid waarin hervat) wordt in 2001 voor het eerst getoetst en scoort vooral bij SFB en USZO een hoog percentage tekortkomingen. Er wordt te weinig uitgewerkt anders dan de vermelding dat de cliënt is hervat. Vaak wordt ook niet aangegeven om welke arbeid het gaat. Ook het aspect 'beschrijving visie werkgever' (item acht) is nieuw en scoort met name bij Cadans en USZO tamelijk slecht. De informatie die hierover in de arbeidsdeskundige rapportages wordt opgenomen is beperkt. Item negentien (beoordeling gerealiseerde loonwaarde) scoort bij Gak aanmerkelijk slechter dan bij de overige uitvoeringsinstellingen. Het is een belangrijk aspect door de directe gevolgen voor de bepaling van de uitkeringshoogte. De vraagstelling wordt niet volledig beschreven (item één). Eveneens bij Gak leidt dit tot veel tekortkomingen.

5.4.3 Rechtmatigheid gevalsbehandeling WAO, Waz en Wajong

Net als bij de toets op de ZW geldt dat het vaststellen van tekortkomingen op de diverse afzonderlijke aspecten van de gevalsbehandeling zinvol is om specifieke hiaten in de sociaal medische gevalsbehandeling in beeld te brengen en hiermee tot een gericht aandachtspunt voor verbetering te maken. Tekortkomingen bij een dossieronderzoek zijn vaak het gevolg van summiere of weinig inzichtelijke verslaglegging. De gevalsbehandeling als zodanig hoeft niet onjuist of onrechtmatig te zijn geweest. Een doorvertalen van de gesignaleerde tekortkomingen naar een uitspraak over de rechtmatigheid van het sociaal medisch handelen is zodoende niet zondermeer mogelijk. Terughoudendheid in de interpretatie van gegevens terzake is van belang.

Oordeel rechtmatigheid op basis van professional judgement

Het antwoord op de vraag of de gevalsbehandeling vakinhoudelijk juist en rechtmatig is verlopen wordt op dit moment het dichtst benaderd door een uitspraak op basis van 'professional judgement'. Hierin schuilt een zekere mate van subjectiviteit. IWI streeft naar de ontwikkeling van een meer objectieve maatstaf. Pogingen om hiertoe consensus te verkrijgen zijn herhaaldelijk gestrand. Over 2000 hanteerden de uitvoeringsinstellingen afzonderlijk een verschillende wijze van finale oordeelsvorming op dossierniveau waardoor consolidatie op dit punt niet goed mogelijk is. In 2001 hebben de uitvoeringsinstellingen op beter vergelijkbare wijze een eindoordeel op dossierniveau afgegeven, maar is nog steeds geen sprake van eenduidigheid: USZO, Cadans en in mindere mate Gak hanteren afwijkende definities.³¹ In onderstaande tabellen staan deze eindoordeelen weergegeven voor WAO, Waz en Wajong.

³¹

Gak scoort iets vaker 'onbekend' dan de overige uitvoeringsinstellingen. Gak schrijft dit toe aan het feit dat zij eerder is begonnen met de dossiercontroles dan dat er duidelijkheid was over de juiste interpretatie van het eindoordeel. Pas in het najaar 2001 kwam hierin duidelijkheid door een nadere toelichting van de toezichhouder. Gak was echter al eerder met de toets begonnen, zodat over de eerste helft van 2001 geen nader oordeel is afgegeven op het moment dat de toetser de verslaglegging als onvoldoende beoordeelde. Cadans en USZO hanteerden een iets andere scoringsystematiek om de vergelijkbaarheid met eerder (uvi-eigen) onderzoek vast te kunnen houden.

Tabel 5.7

Eindoordeel verzekeringsarts (WAO, Waz, Wajong)

**Kwaliteit sociaal medisch handelen
verzekeringsarts**

	Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
Kwaliteit handelen voldoende	85%	71,5%	78%	50%	74%	76%
Onbekend	8%	5,5%	7%	1%	1%	6%
Kwaliteit handelen onvoldoende	7%	23,1%	15%	49%	26%	18%
Waarvan						
• zeker effect oordeel verzekeringsarts	1,8%	1,0%	2,1%	0,3%	0,0%	1,3%
• waarschijnlijk effect op oordeel verzekeringsarts	0,7%	2,0%	2,0%	4,4%	4,0%	1,8%
• waarschijnlijk geen effect oordeel verzekeringsarts	0,4%	0,2%	5,0%	2,5%	0,0%	0,9%
• zeker geen effect op oordeel verzekeringsarts	0,1%	0,6%	3,3%	38,1%	0,0%	7,7%
• effect op oordeel verzekeringsarts onbekend	4,3%	19,1%	2,9%	3,5%	21,7%	6,2%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Met onvoldoende kwaliteit wordt bedoeld: Er zijn veel kleine tekortkomingen of tenminste één grote. Indien de onderzoeker van mening is dat de verzekeringsgeneeskundige conclusie er waarschijnlijk anders zou uitzien bij goed sociaal medisch handelen, dan is zeker sprake van een onvoldoende. Omgekeerd is echter niet het geval: het is mogelijk dat onvoldoende handelen toch eenzelfde verzekeringsgeneeskundige conclusie oplevert. Indien de kwaliteit van het sociaal medisch handelen onvoldoende wordt geacht, worden de eventuele consequenties voor de verzekeringsgeneeskundige/arbeidsdeskundige conclusie beoordeeld. Gevraagd wordt of de gesignaleerde tekortkomingen leiden tot een andere verzekeringsgeneeskundige conclusie. Beoordeeld is of een (ander) belastbaarheidspatroon moet worden ingevuld.

Uit bovenstaand overzicht valt op te maken dat in totaal achttien procent van de getoetste verzekeringsgeneeskundige dossiers als onvoldoende worden beoordeeld. Verder is opvallend dat de percentages waarin dossiers feitelijk als onvoldoende worden beschouwd bij Cadans en USZO veel hoger lijken te liggen dan gemiddeld. Dit is echter toe te schrijven aan een andere manier van scoren. De slechte score van GUO is voor een belangrijk deel te wijten aan het hoge aantal in de steekproef geselecteerde dossiers dat vervolgens niet te traceren was. Deze worden conform de definitie in het protocol SMH fout gerekend. Dit om te waarborgen dat geselecteerde dossiers niet ten onrechte terzijde worden gelegd. In werkelijkheid liggen de percentages bij de verschillende uitvoeringsinstellingen dus dicht bij elkaar. GUO zelf komt tot een percentage 7,5 procent onvoldoende.

In 1,34 tot 3,1 procent schat men in dat er dusdanige tekortkomingen zijn dat er zeker of zeer waarschijnlijk een andere verzekeringsgeneeskundige conclusie moet worden getrokken. Voor deze 3,1 procent van alle WAO, Waz en Wajong-beoordelingen (het betreft immers een representatieve steekproef) zou dus mogelijk een andere uitkeringshoogte aan de orde kunnen zijn. Dit percentage komt goed overeen met het percentage van drie procent dat in 2000 werd becijferd.

Tabel 5.8*Eindoordeel arbeidsdeskundige (WAO, Waz, Wajong)***Kwaliteit sociaal medisch handelen
arbeidsdeskundige**

	Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
Kwaliteit handelen voldoende	86%	68%	69%	46%	83%	77%
Onbekend	7%	8%	22%	2%	6%	7%
Kwaliteit handelen onvoldoende	6%	25%	9%	52%	10%	17%
Waarvan						
• zeker effect oordeel arbeidsdeskundige	1,5%	0,2%	0,4%	2,3%	1,1%	1,5%
• waarschijnlijk effect op oordeel arbeidsdeskundige	0,2%	0,2%	0,5%	3,5%	1,7%	1,0%
• waarschijnlijk geen effect oordeel arbeidsdeskundige	0,6%	0,0%	2,2%	9,9%	0,0%	2,4%
• zeker geen effect op oordeel arbeidsdeskundige	3,0%	0,0%	3,2%	29,0%	0,0%	7,8%
• effect op oordeel arbeidsdeskundige onbekend	1,2%	22,3%	2,8%	7,0%	7,4%	3,6%

Met onvoldoende kwaliteit wordt bedoeld: Er zijn veel kleine tekortkomingen of tenminste één grote. Indien de onderzoeker van mening is dat de verzekeringsgeneeskundige conclusie er waarschijnlijk anders zou uitzien bij goed sociaal medisch handelen, dan is zeker sprake van een onvoldoende. Omgekeerd is echter niet het geval: het is mogelijk dat onvoldoende handelen toch eenzelfde verzekeringsgeneeskundige conclusie oplevert. Indien de kwaliteit van het sociaal medisch handelen onvoldoende wordt geacht, worden de eventuele consequenties voor de verzekeringsgeneeskundige/arbeidsdeskundige conclusie beoordeeld. Beoordeeld is of een ander uitkeringspercentage aan de orde is.

Uit bovenstaand overzicht valt op te maken dat in totaal zeventien procent van de getoetste arbeidsdeskundige dossiers als onvoldoende worden beoordeeld. Verder is ook hier door USZO en Cadans een strengere scoringssystematiek gehanteerd en was bij GUO sprake van veel niet te traceren dossiers. Deze worden conform de definitie in het protocol SMH fout gerekend. Dit om te waarborgen dat geselecteerde dossiers niet ten onrechte terzijde worden gelegd. In werkelijkheid liggen de percentages bij de verschillende uitvoeringsinstellingen dus dicht bij elkaar. GUO zelf komt tot een percentage 1,2 procent onvoldoende.

Verder zij opgemerkt dat aan de arbeidskundige kant de Waz bij Gak aanmerkelijk slechter scoort. In vier procent van de dossiers is er vrijwel zeker sprake van een andere arbeidskundige conclusie, bij de WAO is dit 1,2 procent en bij de Wajong 2,3 procent. Op de totalen vallen de verschillen enigszins weg. Niettemin is het terecht dat Gak concludeert dat Waz en Wajong nadrukkelijk extra aandacht verdienen.

In totaal in 1,5 tot 2,5 procent schat men in dat er dusdanig tekortkomingen zijn dat er zeker of zeer waarschijnlijk een andere arbeidskundige conclusie moet worden getrokken. Voor deze 2,5 procent van alle WAO, Waz en Wajong-beoordelingen (het betreft immers een representatieve steekproef) zou dus mogelijk een andere uitkeringshoogte aan de orde kunnen zijn. Dit percentage van 2,5 procent komt vrijwel overeen met het percentage (2,6 procent) dat in 2000 werd becijferd.

Verschil ten opzichte van 2000

Met name het percentage dossiers dat als onvoldoende werd aangemerkt was in 2000 beduidend hoger. Dit lijkt in tegenspraak met de constatering dat de percentages geconstateerde tekortkomingen in belangrijke mate vergelijkbaar zijn met 2001. Belangrijkste reden voor het grote verschil is een expliciete verduidelijking van de onderzoekssystematiek. Onder andere zijn enkele definities nader aangescherpt. In de cijfers gebaseerd op 'professional judgement' (tabel 5.5 en 5.6) was bovendien vorig jaar de grootste uitvoeringsinstelling, Gak, niet vertegenwoordigd. De vergelijkbaarheid van dit cijfer (percentage dossiers onvoldoende) met voorgaande jaren is dus beperkt.

Cumulatief effect

De steekproef is zo ingeregeld dat een complete sociaal medische beoordeling wordt getoetst. In de regel houdt dit een verzekeringsgeneeskundig en een arbeidsdeskundig oordeel in. Wanneer dus een (zwaarwegende) fout in één van deze beide beoordelingen zit, kan dit tot een onrechtmatige toekenning leiden. Het kan dus voorkomen dat er in het verzekeringsgeneeskundig deel een goede beslissing is genomen, terwijl dat aan de arbeidsdeskundige kant niet het geval is, en vice versa. Voor een nog juistere benadering moeten dus de fouten van de verzekeringsarts en de fouten van de arbeidsdeskundige bij elkaar worden opgeteld.

Om dit verantwoord te doen moet een specifieke registratiemethodiek worden gehanteerd. Gak en GUO hebben dit nieuwe element in de methodiek dit jaar nog niet volledig conform het protocol kunnen toepassen, waardoor dit cumulatieve effect nog niet volledig statistisch verantwoord kan worden gepresenteerd.³² Eerste ramingen komen uit op vier tot vijf procent dossiers die dusdanige tekortkomingen hebben dat er zeker of zeer waarschijnlijk een andere verzekeringsgeneeskundige en/of arbeidsdeskundige beslissing zou moeten worden genomen. Voor deze vier tot vijf procent dossiers (WAO, Waz, Wajong) zijn er dus mogelijk direct financiële consequenties te verbinden aan de tekortkomingen in de sociaal medische gevalshandeling. De omvang van die consequenties is echter niet direct vast te stellen. In principe zouden dan alle foutieve beoordelingen opnieuw moeten worden uitgevoerd, hetgeen, zeker gezien de aantallen, geen reële optie is. Duidelijk is dat op het totaal van 445.260 beschikkingen in 2001 (WAO, Waz, Wajong) dit gegeven enorme financiële implicaties kan hebben.

Conclusie

De kwaliteit van het sociaal medisch handelen of in ieder geval de verslaglegging hiervan is geconsolideerd. De overall kwaliteit van de gevalshandeling is in een substantieel deel van de onderzochte dossiers onvoldoende (zeventien tot achttien procent). Op essentiële onderdelen van de gevalshandeling zijn serieuze inhoudelijke tekortkomingen vastgesteld, die naar schatting in tenminste vier tot vijf procent van de WAO, Waz en Wajong-beoordelingen zeker of zeer waarschijnlijk tot een onjuist verzekeringsgeneeskundig en/of arbeidsdeskundig oordeel hebben geleid met mogelijk consequenties voor de hoogte van de uitkering. De omvang van de financiële consequenties van deze bevindingen is met de beschikbare onderzoeksmethodiek niet vast te stellen.

32

Het kan verschillende varianten betreffen: verzekeringsarts-fout/arbeidsdeskundige-fout, verzekeringsarts-fout/arbeidsdeskundige-goed, verzekeringsarts-goed/arbeidsdeskundige-fout.

6 Slotconclusies

Als meest zwaarwegende conclusie constateert IWI dat ook in 2001 de operationele aansturing van het sociaal medisch handelen vooral is gericht op kwantiteit en niet op kwaliteit en effectiviteit. Op dit punt is ten opzichte van het voorgaande verslagjaar weinig vooruitgang geconstateerd. In het verslagjaar was onder andere door majeure inhaalslagen eerder sprake van een bekrachtiging van de eenzijdige aansturing op productie.

Een deel van de verbetermaatregelen die in voorgaande edities van de verantwoordingsrapportage over het sociaal medisch handelen werd gemeld, werd als gevolg van andere prioriteiten niet of niet volledig uitgevoerd. Voor het bereiken van een juiste balans tussen kwaliteit en kwantiteit is het beschikbaar hebben van een helder scenario een eerste vereiste. Een dergelijk scenario zal scherp gedefinieerde en meetbare tussenstappen moeten bevatten. Aan de hand daarvan zou de voortgang van het verbetertraject in de komende jaren door opdrachtgever, uitvoerder en toezichthouder getoetst moeten kunnen worden.

In 2001 is een aanmerkelijke stijging van de productie gerealiseerd. Met name de achterstanden in WAO eindewachttijdbeoordelingen zijn fors teruggebracht. Met de introductie van efficiëntie maatregelen en andere capaciteitsondersteunende initiatieven zijn niet geringe risico's voor de kwaliteit van het sociaal medisch handelen geïntroduceerd, die onvoldoende worden beheerst.

Er zijn overigens aanmerkelijke verschillen geconstateerd in de opzet en effectiviteit van de diverse maatregelen. Omdat deze verschillen niet altijd even goed verklaarbaar zijn, acht IWI meer duidelijkheid daaromtrent van belang voor een goed inzicht in opzet, werking en effect van de verbetermaatregelen.

De beschikbare managementinformatie over logistieke prestaties (productie en tijdigheid) is verbeterd. De informatie terzake is vollediger en betrouwbaarder. De informatie ten aanzien van de beschikbare capaciteit is eveneens verbeterd. Knelpunt blijft de verhouding tussen productie en beschikbare capaciteit. Niettemin is IWI van mening dat de uitvoeringsorganisatie een diepgaander analyse van de problematiek dient uit te voeren om tot betere beheersmaatregelen te kunnen komen.

Het inzicht van het management van de uitvoeringsinstellingen in de kwaliteit en effectiviteit van het sociaal medisch handelen is beperkt. De mogelijkheden voor bijsturing of beïnvloeding van het sociaal medisch handelen zijn gering. Er blijft dringend behoefte aan vergelijkings- en verantwoordingsinformatie op individueel niveau. De op dit moment beschikbare mogelijkheden voor inzicht in het (resultaat van) eigen handelen zijn beperkt. Dit beperkt de mogelijkheden tot zelfsturing en zelfleren. Mogelijk dat het CBBS op termijn in dergelijke informatie gaat voorzien.

Dossieronderzoek

De verantwoordingsrapportages over het dossieronderzoek zijn wisselend van diepgang en gedetailleerdheid, doch over de diverse uitvoeringsinstellingen samen beschouwd van voldoende transparantie en kwaliteit. Het door de uitvoeringsinstellingen uitgevoerde onderzoek naar de kwaliteit en rechtmatigheid van de sociaal medische gevalsbehandeling binnen de WAO, Waz, Wajong en ZW is conform het voorgeschreven protocol uitgevoerd, met uitzondering van de totstandkoming van het professionele eindoordeel per gevalsbehandeling. Nadere aanscherping van het protocol SMH in 2001 en 2002 heeft geleid tot een verbetering van inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid. De resultaten zijn – binnen de bandbreedte die onvermijdelijk is bij een dergelijk onderzoek – voldoende betrouwbaar.

Ten aanzien van WAO, Waz en Wajong is zichtbaar dat de ervaring met de toetssystematiek toeneemt. De verschillen tussen beoordelaars nemen af. In 2001 voerden de uitvoeringsinstellingen voor het eerst een eigen onderzoek uit naar de ZW. Bij de implementatie van dit onderdeel van het protocol SMH zijn min of meer voorspelbare inregelproblemen opgetreden. Met dit deel van het onderzoek moet duidelijk nog ervaring worden opgebouwd. Niettemin zijn er nu reeds positieve ontwikkelingen vastgesteld door de implementatie van het protocol (betere verslaglegging en eerste procesmatige verbeteringen).

Met deze volgende stap in de implementatie van het protocol SMH kan worden geconstateerd dat de schaalgrootte waarop en de mate van diepgang en nauwkeurigheid waarmee het handelen van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen binnen uitvoeringinstellingen wordt getoetst en inzichtelijk gemaakt, in zijn soort uniek is voor de (sociaal) medische sector.

6.1 Werkend model van kwaliteitsborging. Kansen voor UWV?

Het protocol SMH bevat een model (van beoordeling) van kwaliteitsborging. IWI constateert dat dit model niet integraal als expliciete leidraad door de uitvoeringsinstellingen wordt gebruikt bij de inrichting en beoordeling van het kwaliteitsborgingssysteem voor het sociaal medisch handelen. Vastgesteld is dat een kwaliteitsborgingssysteem voor het sociaal medisch handelen één: in de veronderstelde samenhang nergens volledig is uitgewerkt, twee: voorzover dit is uitgewerkt meestal niet als leidraad dient voor het operationeel management in de dagelijkse aansturing van uitvoerende professionals en drie: voorzover beschreven wisselend is van opzet, diepgang en abstractieniveau. Met dit laatste wordt bedoeld dat sommige uitvoeringsinstellingen wel een kwaliteitsborgingssysteem beschrijven op het hoogste abstractieniveau, maar hieraan geen concrete, voor de werkvloer bruikbare, invulling hebben gegeven.

Hiermee is dus expliciet niet gezegd dat de uitvoeringsinstanties geen enkele vorm van kwaliteitsborging hanteren. Wel dat dit model van kwaliteitsborging per uitvoeringsinstantie sterk wisselt in opzet en werking. In die zin heeft het protocol SMH voor wat betreft dit onderdeel onvoldoende normerend gewerkt. Dit geldt overigens nadrukkelijk niet voor het onderdeel dossiertoets van het protocol. Op dit onderdeel is goed zichtbaar dat het protocol SMH een proces van consensusvorming en uniformering op gang heeft gebracht, waarbij men naar gemeenschappelijke (formele en inhoudelijke) normen en maatstaven toegroeit.

Juist de UWV-vorming biedt unieke kansen om – als onderdeel van het eerder genoemde scenario – op het gebied van kwaliteitsborging van het sociaal medisch handelen snelle winst te boeken. Met de UWV-vorming kan de verdere ontwikkeling van een uniform, concreet, samenhangend en integraal kwaliteitsborgingssysteem voor het sociaal medisch handelen worden versterkt. Hierbij dienen enerzijds organisatiedoelstellingen op het gebied van productie en tijdigheid en anderzijds inhoudelijke doelstellingen op het gebied van instroombeperking, reïntegratie en inhoudelijke kwaliteit in samenhang en balans te worden uitgewerkt. Voor wat dit laatste betreft vormen diverse prille initiatieven waarbij getracht wordt de balans tussen inhoud en productie te operationaliseren en hiervoor instrumenten als de Business Balanced Scorecard te ontwikkelen, een goed uitgangspunt.

6.2 Gevalsbehandeling rechtmatig verlopen

Het dossieronderzoek moet antwoord geven op de centrale vraag uit het protocol SMH of de sociaal medische oordeelsvorming rechtmatig en kwalitatief adequaat is uitgevoerd.

ZW

De uitvoering van de ZW is zowel procesmatig als inhoudelijk slecht beheerst. De overall kwaliteit van de gevalsbehandeling is in een substantieel deel van de onderzochte dossiers onvoldoende (vijftien procent). Op essentiële onderdelen van de gevalsbehandeling zijn serieuze inhoudelijke tekortkomingen vastgesteld, die naar schatting in tenminste 0,5 tot 1,2 procent van de ZW-beoordelingen zeker of zeer waarschijnlijk tot een onjuist verzekeringsgeneeskundig oordeel hebben geleid met mogelijk consequenties voor de hoogte van de uitkering.

Bovendien is vastgesteld dat het vaak lang duurt vooraleer een eerste inhoudelijke beoordeling door een (verzekerings)arts plaatsheeft of hier kennelijk geen verslag van wordt gedaan. In veel gevallen kon er geen toets van het sociaal medisch handelen plaatsvinden. Dit gegeven is niet verdisconteerd in het bovengenoemde percentage.

Indien de inhoudelijke en procesmatige kwaliteit van de uitvoering van de ZW door UWV niet verbetert, is de geloofwaardigheid van UWV als toetser van de verzuimbegeleiding door werkgevers, werknemers en arbodiensten in het kader van de Wet verbetering poortwachter in het geding.

WAO, Waz, Wajong

De overall kwaliteit van de gevalsbehandeling is in een substantieel deel van de onderzochte dossiers onvoldoende (zeventien tot achttien procent). Op essentiële onderdelen van de gevalsbehandeling zijn serieuze inhoudelijke tekortkomingen vastgesteld, die naar schatting in tenminste vier tot vijf procent van de WAO, Waz en Wajong-beoordelingen zeker of zeer waarschijnlijk tot een onjuist verzekeringsgeneeskundig en/of arbeidsdeskundig oordeel hebben geleid met mogelijk consequenties voor de hoogte van de uitkering.

Herbeoordelingen

Ten aanzien van de WAO wordt uit het onderzoek sociaal medisch handelen 2001, maar ook uit diverse andere onderzoeken en trendmatige ontwikkelingen, zichtbaar dat de einde wachttijd beoordelingen prioriteit hebben gekregen ten opzichte van de herbeoordelingen. Procesmatig blijkt dit onder andere uit het oplopen van achterstanden in herbeoordelingen, waar de achterstanden in einde wachttijd beoordelingen teruglopen. Inhoudelijk duidt de afnemende effectiviteit van de herbeoordelingen mogelijk ook op dit verschil in prioriteit. Zeker wanneer hier de – ten opzichte van de gekozen beleidsuitgangspunten ten aanzien van volumebeheersing – positieve ontwikkelingen op het gebied van de einde wachttijd beoordelingen tegenover wordt gesteld: het aantal afwijzingen neemt toe, het aantal 'medisch tachtig tot honderd procent' neemt af en het aantal gedeeltelijke uitkeringen neemt toe.

IWI is vooralsnog niet overtuigd van de opvatting dat wettelijke herbeoordelingen geen toegevoegde waarde zouden hebben. Veeleer bestaat de indruk dat het maximale rendement in termen van het benutten van (reïntegratie)mogelijkheden hierin niet wordt bereikt. Er is echter sprake van een logistiek vraagstuk door een disbalans tussen aanbod van keuringen en keuringscapaciteit. Al eerder heeft de toezichthouder opgemerkt de ogen niet voor deze exceptionele situatie in de uitvoeringspraktijk te willen sluiten. In lijn met eerdere opmerkingen en kanttekeningen van de toezichthouder zijn initiatieven ontwikkeld om het aanbod van herbeoordelingen te stroomlijnen en de capaciteit van artsen en arbeidsdeskundigen efficiënter in te zetten.³³ Het is echter onverminderd van belang dat de uitvoeringsinstellingen structurele en afdoende maatregelen nemen om de kwaliteitsrisico's die met deze initiatieven worden geïntroduceerd, te beheersen.

De omvang van de financiële consequenties van de geconstateerde bevindingen is met de beschikbare onderzoeksmethodiek zowel voor de WAO, Waz en Wajong als voor de ZW, niet vast te stellen.

6.3 Waarborgen rechtmatigheid gevalsbehandeling

De tweede centrale vraag in het door IWI gehanteerde toetskader sociaal medisch handelen luidt of en in hoeverre er voldoende waarborgen zijn dat de gevalsbehandeling (ook) in de toekomst rechtmatig zal (blijven) verlopen. Ten aanzien van de logistieke prestaties is het kwaliteitsborgingssysteem verbeterd. Niettemin is in het operationele sturings- en beheersingssysteem dat een rechtmatige en kwalitatief goede gevalsbehandeling moet garanderen geen adequate balans tussen inhoudelijke kwaliteit en productie. De rechtmatigheid en kwaliteit van het sociaal medisch handelen is hierdoor onvoldoende gewaarborgd.

33

'Inzet niet-artsen bij de claim-beoordeling', brief aan de staatssecretaris van SZW, 2 maart 2001, 2001/818, Ctsv, Zoetermeer

Lijst van afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
Ag	Arbeidsgeschiktheid
BBS	Business Balanced Scorecard
Cadans	Cadans Uitvoeringsinstelling B.V.
CBBS	Claimbeoordelings- en borgingssysteem
Civag	Commissie inhoudelijke vraagstukken
FIS	Functie Informatie Systeem
Gak	Gak Nederland B.V.
GDBM	Geen Duurzaam Benutbare Mogelijkheden
GUO	GUO Uitvoeringsinstelling B.V.
IRS	Intelligent Rapportagesysteem
ISO	International Organization for Standardization
IWI	Inspectie Werk en Inkomen
Lisv	Landelijk instituut sociale verzekeringen
MT	Managementteam
OT	Onderlinge toets
PI	Prestatie-indicator
SFB UOSV	SFB Uitvoeringsorganisatie Sociale Verzekeringen N.V.
SMF	Sociaal medische functie
SMH	Sociaal medisch handelen
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
USZO	USZO B.V.
Va	Verzekeringsarts
Wajong	Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten
WAO	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering
Waz	Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering zelfstandigen
WW	Werkloosheidswet
ZW	Ziektewet

Bijlage 1

Overzicht resultaten dossieronderzoek WAO en Waz (verzekeringsarts)

WAO: Percentage fout per aspect (verzekeringsarts)

WAO verzekeringsarts	2001 Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
1 Vraagstelling	4%	7%	6%	4%	2%	4%
2 Cliënt is gezien	1%	0%	1%	0%	1%	1%
3 De hoofd(neven)diagnose(n) is/zijn omschreven en gecodeerd	14%	10%	17%	10%	19%	14%
4 Visie cliënt op arbeidsmogelijkheden	6%	12%	16%	3%	5%	6%
5 Informatie aan derden gevraagd	8%	6%	6%	8%	9%	8%
6 Gebruikmaking van eerdere gegevens uit dossier	0%	4%	2%	4%	0%	1%
7 Anamnese/beoordelingsgesprek	8%	6%	17%	8%	23%	10%
8 Lichamelijk onderzoek	7%	4%	10%	6%	19%	8%
9 Onderzoek psyche	10%	6%	12%	4%	2%	8%
10a Argumentatie belastbaarheidspatroom	13%	9%	10%	4%	28%	13%
10b Argumentatie standaard GDBM	20%	9%	1%	10%	4%	15%
10c Beargumentering eventuele beperking in uren of arbeidspatroom	9%	7%	8%	5%	22%	9%
10d Argumentatie overig	1%	5%	6%	16%	7%	5%
11 Toepassing richtlijn dezelfde oorzaak bij toegenomen arbeidsongeschiktheid	2%	1%	7%	0%	4%	2%
12 De verzekeringsarts beargumenteert accepteren restrictiefuncties	8%	9%	4%	3%	1%	6%
13 Reactie van cliënt op het oordeel van de verzekeringsarts	3%	8%	7%	3%	2%	3%
14 De prognose ten aanzien van werkhervatting en ten aanzien van aandoening	30%	29%	15%	34%	29%	30%
15 Planning	5%	5%	3%	6%	4%	5%
Gewicht						
(aantal beschikkingen per uitvoeringsinstelling)	229.367	10.369	11.911	83.297	41.186	376.130

WAO verzekeringsarts	2001 Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
1 Vraagstelling	7%	17%	6%	13%		10%
2 Cliënt is gezien	3%	1%	2%	0%		2%
3 De hoofd(neven)diagnose(n) is/zijn omschreven en gecodeerd	15%	5%	17%	16%		13%
4 Visie cliënt op arbeidsmogelijkheden	5%	13%	18%	7%		7%
5 Informatie aan derden gevraagd	6%	7%	10%	10%		7%
6 Gebruikmaking van eerdere gegevens uit dossier	1%	7%	2%	3%		3%
7 Anamnese/beoordelingsgesprek	9%	8%	27%	4%		8%
8 Lichamelijk onderzoek	5%	6%	15%	6%		5%
9 Onderzoek psyche	7%	6%	14%	3%		6%
10a Argumentatie belastbaarheidspatroom	9%	8%	18%	6%	Gezien	8%
10b Argumentatie standaard GDBM	19%	12%	9%	10%	het zeer	16%
10c Beargumentering eventuele beperking in uren of arbeidspatroom	8%	6%	13%	3%	beperkte	7%
10d Argumentatie overig	3%	7%	7%	15%	aantal niet relevant	6%
11 Toepassing richtlijn dezelfde oorzaak bij toegenomen arbeidsongeschiktheid	2%	3%	1%	0%		2%
12 De verzekeringsarts beargumenteert accepteren restrictiefuncties	4%	14%	1%	1%		5%
13 Reactie van cliënt op het oordeel van de verzekeringsarts	4%	6%	7%	3%		4%
14 De prognose (werkhervatting en aandoening)	29%	29%	16%	42%		32%
15 Planning	5%	6%	6%	5%		5%
Gewicht (aantal beschikkingen per uitvoeringsinstelling)	13.927	4.439	410	4.979	0	23.755

Bijlage 2

Overzicht resultaten dossieronderzoek WAO en Waz (arbeidsdeskundige)

WAO: Percentage fout per aspect (arbeidsdeskundige)

WAO arbeidsdeskundige	2001 Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
1 Vraagstelling	12%	11%	21%	2%	8%	10%
2 Beschrijving onderzoeksactiviteiten	4%	3%	4%	2%	8%	4%
3 Toereikendheid onderzoeksgegevens	9%	4%	6%	3%	20%	9%
4 Opleidingsgegevens	9%	15%	11%	4%	8%	8%
5 Arbeids- en uitkeringsgegevens	3%	3%	6%	6%	7%	4%
6 Beschrijving laatste arbeid	7%	6%	16%	4%	2%	6%
7 Beschrijving visie cliënt	6%	10%	7%	3%	7%	6%
8 Beschrijving visie werkgever	6%	10%	9%	19%	19%	11%
9 Keuze maatgevende arbeid	2%	1%	1%	2%	9%	3%
10 Beschrijving maatgevende arbeid	7%	3%	24%	26%	10%	12%
11 Beoordeling geschiktheid maatgevende arbeid	9%	5%	12%	5%	17%	9%
12 Vaststelling maatmaninkomen	16%	5%	12%	9%	3%	13%
13 FIS/CBBS invoer	7%	6%	8%	5%	5%	6%
14 Functieduiding FIS	2%	8%	13%	9%	13%	5%
15 Overleg verzekeringsarts	4%	13%	5%	4%	10%	5%
16 Vaststelling theoretische verdien capaciteit	4%	3%	3%	0%	4%	3%
17 Onderzoek herplaatsing eigen werkgever	3%	5%	3%	4%	6%	4%
18 Geschiktheid arbeid waarin hervat	11%	2%	18%	7%	15%	11%
19 Beoordeling gerealiseerde loonwaarde	15%	1%	6%	1%	5%	10%
20 Vergelijken verdien capaciteit en arbeidsongeschiktheidsklasse	2%	1%	2%	1%	1%	1%
21 Toepassen bijzondere wetsartikelen	3%	1%	3%	1%	0%	2%
22 Reactie cliënt	11%	3%	4%	2%	4%	8%
23 Beantwoording conclusie aan vraagstelling	10%	2%	12%	1%	4%	7%
24 Visie op arbeids- en reïntegratiemogelijkheden	10%	7%	4%	4%	4%	8%
25 Planning	2%	2%	3%	0%	6%	2%
Gewicht (aantal beschikkingen per uitvoeringsinstelling)	229.367	10.369	11.911	83.297	41.186	376.130

WAO arbeidsdeskundige	2001					
	Gak	GUO	SFB	Cadans	USZO	Totaal
1 Vraagstelling	15%	14%	17%	1%	Gezien het zeer beperkte aantal niet relevant	12%
2 Beschrijving onderzoeksactiviteiten	2%	4%	5%	1%		2%
3 Toereikendheid onderzoeksgegevens	14%	9%	7%	0%		10%
4 Opleidingsgegevens	7%	17%	15%	3%		8%
5 Arbeids- en uitkeringsgegevens	4%	4%	12%	1%		3%
6 Beschrijving laatste arbeid	6%	17%	12%	1%		7%
7 Beschrijving visie cliënt	9%	11%	9%	3%		8%
8 Beschrijving visie werkgever	1%	1%	1%	1%		1%
9 Keuze maatgevende arbeid	0%	1%	5%	0%		0%
10 Beschrijving maatgevende arbeid	6%	4%	18%	26%		10%
11 Beoordeling geschiktheid maatgevende arbeid	7%	9%	13%	12%		9%
12 Vaststelling maatmaninkomen	17%	6%	23%	18%		15%
13 FIS/CBBS invoer	6%	10%	16%	4%		7%
14 Functieduiding FIS	4%	9%	13%	5%		5%
15 Overleg verzekeringsarts	3%	11%	5%	2%		4%
16 Vaststelling theoretische verdien capaciteit	1%	3%	6%	1%		1%
17 Onderzoek herplaatsing eigen werkgever	2%	2%	4%	2%		2%
18 Geschiktheid arbeid waarin hervat	12%	5%	16%	5%		9%
19 Beoordeling gerealiseerde loonwaarde	14%	0%	9%	2%		9%
20 Vergelijken verdien capaciteit en arbeidsongeschiktheidsklasse	4%	1%	5%	0%		3%
21 Toepassen bijzondere wetsartikelen	3%	1%	4%	2%		2%
22 Reactie cliënt	14%	7%	7%	0%		10%
23 Beantwoording conclusie aan vraagstelling	5%	4%	13%	2%		4%
24 Visie op arbeids- en reïntegratiemogelijkheden	5%	6%	5%	3%		5%
25 Planning	3%	2%	2%	0%		2%
Gewicht						
(aantal beschikkingen per uitvoeringsinstelling)	13.927	4.439	410	4.979	0	23.755

Publicaties van de Inspectie Werk en Inkomen

2002

Jaarplan 2002

Brochure Inspectie Werk en Inkomen

- R02/01 Implementatie wet SUWI bij gemeenten
Tweede onderzoek naar de gemeentelijke voorbereidingen op de nieuwe Structuur Werk en Inkomen
- R02/02 Uitvoering werknemersverzekeringen
Stand van zaken rechtmatigheid eerste halfjaar 2001
- R02/03 Gegevensbeheer 2000
- R02/04 Invoering van de euro bij uitvoeringsorganisaties sociale verzekeringen
Eindrapportage
- R02/05 Geschikt of ongeschikt
De rol van arbeidsdeskundigen bij de WAO-beoordeling
- R02/06 Financiële scheiding publiek en privaat bij uitvoeringsinstellingen
Zesde vervolgrapportage ontvlechting
- R02/07 De sociale verzekeringen in 2001
Naast dit rapport is een aantal katernen uitgebracht die dieper ingaan op de behandelde toezichtthema's
- Handhaving werknemers- en volksverzekeringen
 - ICT werknemers- en volksverzekeringen
 - Financiële rechtmatigheid en verbetertraject werknemersverzekeringen
 - Sociaal medisch handelen werknemersverzekeringen
 - Werkbelasting werknemersverzekeringen
 - Volksverzekeringen
- R02/08 Jaarverslag toezicht gemeenten en zelfstandige bestuursorganen 2001
Meerjarenplan 2002-2005 en Jaarplan 2003
- R02/09 Afhandeling openstaande posten UWV Gak
Eindrapport

U kunt deze publicaties opvragen bij:

Afdeling Communicatie

Postbus 100

2700 AC Zoetermeer

Telefoon (079) 329 17 63

communicatie@iwiweb.nl

www.iwiweb.nl

