

Zorgverzekeraars Nederland



Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

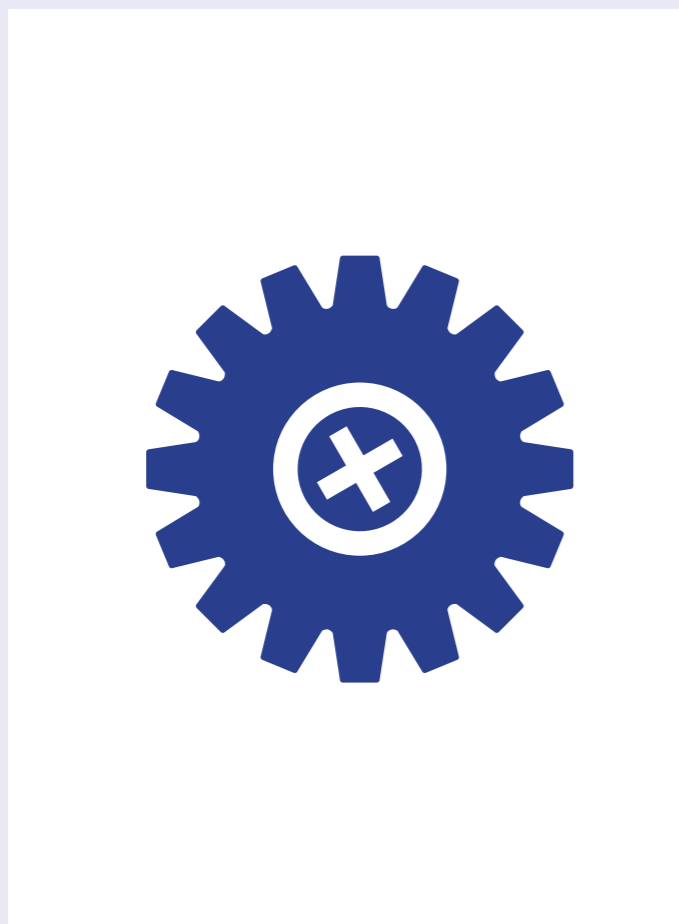
HORIZONTAALTOEZICHTZORG

Instapmodel HT

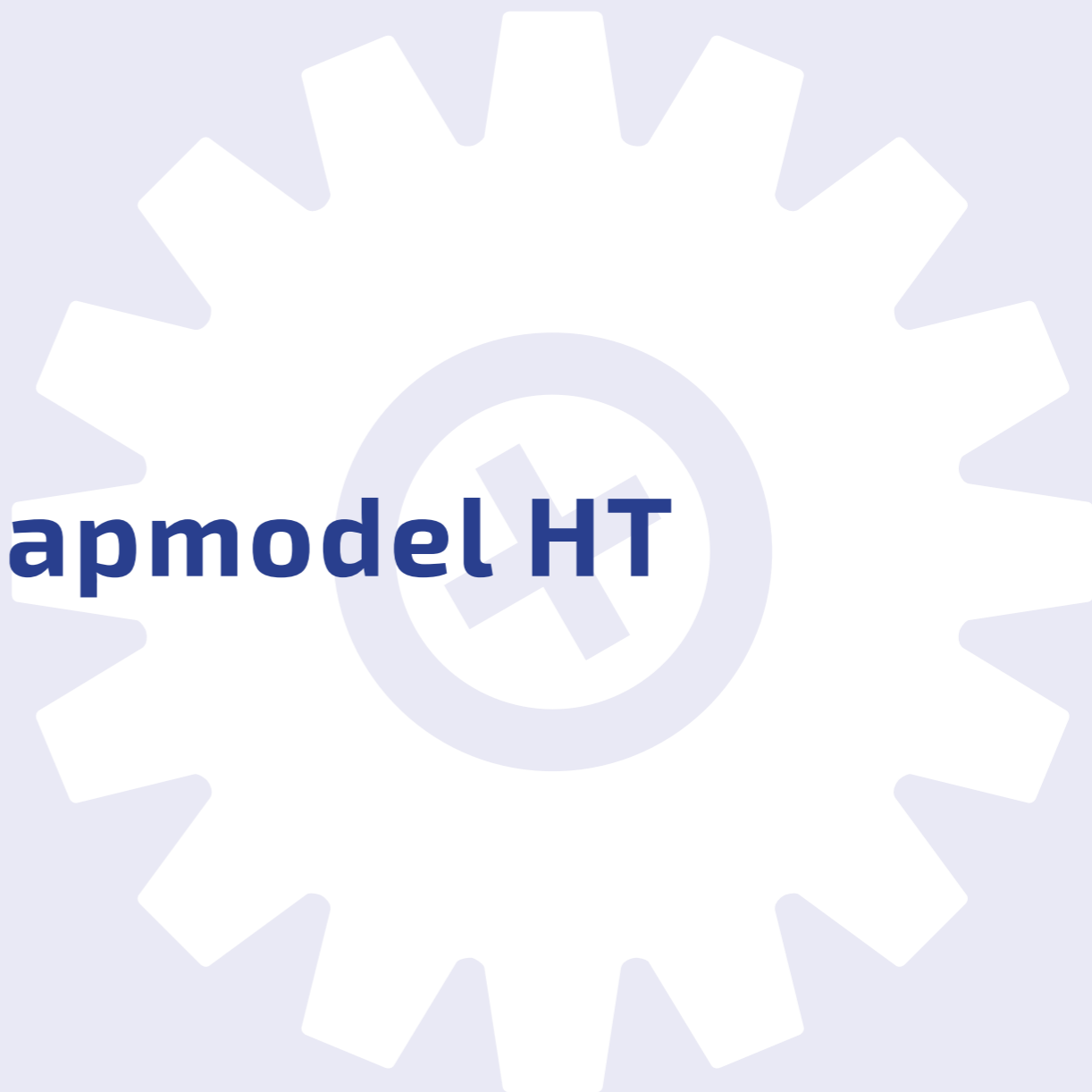
(versie 1.0 definitief)

maart 2017





Instapmodel HT



Instapmodel HT

Wat is het instapmodel?

Aan de hand van het instapmodel Horizontaal Toezicht Zorg kan een zorgaanbieder een quickscan van de organisatie maken om vast te stellen in hoeverre de organisatie gereed is om over te gaan op Horizontaal Toezicht. Het instapmodel is een vertaling van randvoorwaarden naar toetsbare normen. Deze normen hebben betrekking op de organisatie, besturing en beheersing van zorgaanbieders en zijn gebaseerd op internationaal bewezen methodologie (o.a. COSO en Cobit), maar dan specifiek gemaakt voor de zorgbranche en geconcentreerd rondom rechtmatigheid van de zorgdeclaraties. Doel van het instapmodel is vaststellen of een zorgaanbieder in staat is om effectief een Horizontaal Toezicht relatie aan te gaan en waar verbeteringen nodig zijn. Het instapmodel is een bewuste stap in het Horizontaal Toezicht proces. Het voorkomt dat direct capaciteit en middelen worden ingezet bij het inhoudelijke controleraamwerk, terwijl de randvoorwaarden nog niet op orde zijn.

Totstandkoming

Het instapmodel is opgezet door PWC in opdracht van zorgverzekeraar Menzis. Dit instapmodel is verder uitgewerkt in samenwerking tussen de zorgverzekeraars CZ, Menzis, VGZ en Zilveren Kruis en diverse zorgaanbieders vanuit de Horizontaal Toezicht pilots. Dit proces is gefaciliteerd door PWC. KPMG heeft het model gereviewed. Tot slot is het instapmodel toegepast en aangescherpt naar aanleiding van een 0-meting bij de pilot instellingen van Menzis (drie ziekenhuizen en drie GGZ-instellingen).

Bij zowel de opzet van het instapmodel, als de duiding van de verschillende niveaus is gebruik gemaakt van uitgangspunten van internationaal bewezen methodologieën zoals COSO ERM en COBIT. De Compliance handvatten uit NZa/Berenschotrapport '[Compliant Registreren en Declareren](#)' (7S-model) zijn verwerkt in het Instapmodel, alsmede de richtlijnen vanuit het '[Head handreiking control framework](#)'. In dit instapmodel komen ook governance-elementen van een instelling aan bod. Zie ook rapport '[Toezicht op Goed Bestuur](#)' van NZa en IGZ.

Opzet Instapmodel

Het instapmodel Horizontaal Toezicht Zorg bestaat uit 6 categorieën, 15 subcategorieën, en in totaal 29 normen. De opzet is hieronder weergegeven.

- 1 In- en externe omgeving
- 2 Bedrijfsvoering
- 3 Registratie en Declaratie
- 4 Risico Management
- 5 Monitoring en Testing
- 6 Assurance

5 niveaus

Voor elk van de 29 normen zijn 5 niveaus uitgewerkt, waarbij steeds de volgende uitgangspunten zijn meegenomen.

1. **Initieel.** De organisatie opereert voornamelijk naar aanleiding van incidenten. Kwesties worden ad hoc opgepakt en afgehandeld wanneer zij zich voordoen.
2. **Informeel.** Rollen en verantwoordelijkheden zijn voornamelijk informeel neergelegd en uitvoering gebeurt op basis van ervaring met processen. Er is geen formele training, communicatie of standaardisatie. De verantwoordelijkheid ligt bij de persoon die de taak uitvoert.
3. **Gestandaardiseerd.** Processen zijn gestandaardiseerd, gedocumenteerd en worden gecommuniceerd (bijvoorbeeld via training). Het volgen van deze processen is nog altijd vooral een persoonlijke aangelegenheid. Afwijkingen van de schriftelijke procedure blijven mogelijk onopgemerkt. De gedocumenteerde processen hebben nog geen efficiëntietoets ondergaan, hoewel er wel sprake is van codificatie van de bestaande procedures.
4. **Beheerd.** Processen worden actief bewaakt en afwijkingen opgemerkt. Processen worden op efficiënte wijze getoetst en voortdurend verbeterd.
5. **Geoptimaliseerd.** Processen zijn gebaseerd op best practices, er wordt voortdurend gekeken of zich mogelijkheden voor verbetering voordoen en er vindt benchmarking met de processen van andere organisaties plaats. De kwaliteit en efficiëntie van processen is hoog en de organisatie is in staat zich snel aan te passen.

Toepassing

Nadat een zorginstelling op basis van de businesscase tot de veronderstelling is gekomen dat invoering van Horizontaal Toezicht voor de organisatie zinvol en waardevol is, kan op basis van het instapmodel bepaald worden of de instelling ook daadwerkelijk klaar is om over te gaan op een Horizontaal Toezicht relatie. Met behulp van het instapmodel HT kan een zorgaanbieder aantoonbaar maken dat de huidige mate van governance, besturing en compliance rondom de rechtmatigheid van de zorgdeclaraties voldoende is voor een effectieve Horizontaal Toezicht relatie. Dit betreft een kwalitatieve toets op organisatie- en beleidsniveau.

Faciliteiten

Koepelorganisaties NFU, NVZ en ZN faciliteren beschikbaarheid, toepassing en het beheer van het instapmodel. Hieronder is dit verder uitgewerkt:

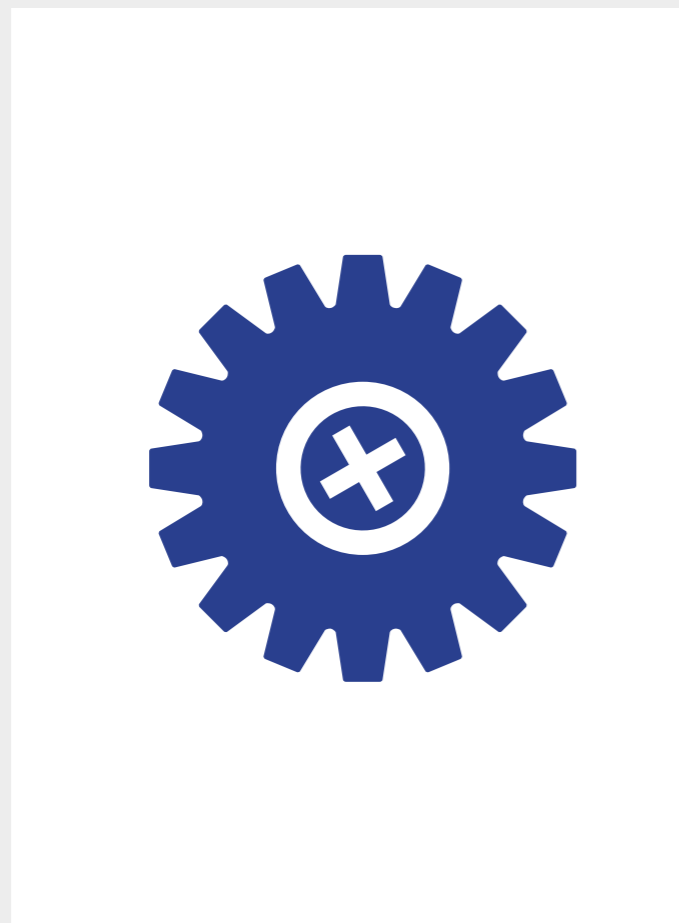
- **Periodieke bijeenkomsten.** Er worden proactief workshops georganiseerd, waar wordt uitgelegd wat het instapmodel is, waarom we het model toepassen en hoe het samenhangt met andere producten Horizontaal Toezicht Zorg. Daarna hebben deze bijeenkomsten meer een 'good practice' karakter waarbij delen van kennis en ervaringen centraal staat.
- **Online omgeving.** Er komt een online omgeving beschikbaar met een vast format, zodat de 0-meting voor het instapmodel eenduidig uitgevoerd kan worden.
- **Instructie.** Er is een (digitale) instructie beschikbaar op basis waarvan een zorgaanbieder de 0-meting zelfstandig kan invullen, met per norm achtergrondinformatie.
- **Q&A.** Er is een Q&A beschikbaar in de online omgeving waar de invuller antwoorden kan vinden bij de meest gestelde vragen.
- **Hulplijn.** Er is een ondersteuning en begeleiding beschikbaar bij vragen bij het invullen.

Belangrijk bij toepassing instapmodel

Voor de toepassing van het instapmodel zijn onderstaande uitgangspunten van toepassing.

- **Opzet.** Met het instapmodel toetst de zorgaanbieder het niveau (1 tot 5) van 29 normen die belangrijk zijn bij een Horizontaal Toezicht relatie. Dit betreft een kwalitatieve toets op organisatie- en beleidsniveau.
- **Norm.** De norm voor geschiktheid voor Horizontaal Toezicht is een gemiddelde van een 3 (score 1-5) op categorieniveau (6 categorieën), zonder een score van een 1 op subcategorieniveau (15 subcategorieën).
- **Uitkomst.** De uitkomst van de quickscan is niet goed of fout, maar leidt tot een intern verbeterplan (in geval niet wordt voldaan aan de norm) of een gesprek met de representerende zorgverzekeraar voor de implementatie van het Control Framework (indien wel wordt voldaan). Ook over het interne verbeterplan kan gesproken worden met de representerende zorgverzekeraar.
- **Aantonen.** De instelling geeft een toelichting op de gemaakte keuzes voor alle 29 normen. Tevens voegt de instelling op onderdelen bewijsvoering toe om dit te onderbouwen. Hiervoor zijn eenduidige richtlijnen en instructies van toepassing.
- **Groeimodel.** Zorgaanbieders kunnen per norm aangeven welke groei ambitie de organisatie op een betreffend onderdeel heeft (1-5). Het instapmodel is daarmee ook een groeimodel.
- **Validatie.** Van belang is dat er een kwalitatief en zo objectief mogelijk oordeel over de huidige stand van zaken is, welke gebruikt kan worden in de dialoog met representerende zorgverzekeraar. Het valideren van de uitkomsten door bijvoorbeeld deskresearch of interviews is daarom van belang. Dit kan plaatsvinden door zorgverzekeraars, peer review door ziekenhuizen of een onafhankelijke derde partij.

Instapmodel HT



- 1 In- en externe omgeving
- 2 Bedrijfsvoering
- 3 Registratie en Declaratie
- 4 Risico Management
- 5 Monitoring en Testing
- 6 Assurance





1

In- en externe omgeving

1.1 Strategie

- 1.1.1 Bedrijfsstrategie
- 1.1.2 Compliance strategie Horizontaal Toezicht in de zorg
- 1.1.3 Visie Horizontaal Toezicht in de zorg

1.2 Stakeholder management

- 1.2.1 Intern (medisch specialist/ zorgprofessional/ zorgadministratie)
- 1.2.2 Extern

1.3 Soft Controls

- 1.3.1 Missie en kernwaarden
- 1.3.2 Toon aan de top
- 1.3.3 Houding en gedrag





1.1.1 STRATEGIE | Bedrijfsstrategie

Initieel

Er is geen duidelijke visie en missie. Strategische beslissingen worden genomen op basis van onderbuikgevoel of intuïtie, niet op basis van de feitelijke situatie.

Informeel

Het belang van een visie en missie wordt op managementniveau erkend, maar is niet geformaliseerd en wordt niet effectief binnen de organisatie gecommuniceerd.

Gestandaardiseerd

Er bestaat consensus over de visie en missie en tevens is documentatie beschikbaar voor stakeholders. Over de effectiviteit van de communicatie bestaat onduidelijkheid. Wel worden maatregelen genomen om de activiteiten op de visie en missie van de organisatie aan te laten sluiten.

Beheerd

De visie en missie is vastgesteld, gedocumenteerd en wordt efficiënt gecommuniceerd richting interne en externe stakeholders. Er wordt intern actie ondernomen om aansluiting op de visie en missie te borgen.

Geoptimaliseerd

Visie en missie zijn overeengekomen, gedocumenteerd, helder geformuleerd, worden door alle stakeholders begrepen en vormen de basis voor alle besluitvorming. Visie en missie worden voortdurend bewaakt met behulp van Key Performance Indicators (KPI's).

1.1.2 STRATEGIE | Compliance strategie horizontaal toezicht in de zorg

Initieel

Er is geen specifieke compliance strategie. Beslissingen rondom het voldoen aan wet- en regelgeving (rechtmatigheid) worden niet gebaseerd op feiten en omstandigheden maar op basis van een onderbuikgevoel.

Informeel

Het belang van een specifieke strategie voor het voldoen aan wet- en regelgeving (rechtmatigheid) wordt onderkend, echter is deze niet geformaliseerd en wordt niet gecommuniceerd binnen de organisatie.

Gestandaardiseerd

Een compliance strategie is geformaliseerd en gedocumenteerd en ziet op rechtmatigheid en doelmatigheid van geleverde zorg. De strategie is niet helder gecommuniceerd en staat los van de algemene strategie, maar men probeert hier zoveel mogelijk bij aan te sluiten.

Beheerd

De compliance strategie (op rechtmatigheid en doelmatigheid) van geleverde zorg is vastgesteld, gedocumenteerd en effectief gecommuniceerd naar zowel interne als externe stakeholders. De compliance strategie is afgestemd op de algemene strategie en de risicobereidheid is geëxpliciteerd.

Geoptimaliseerd

De compliance strategie is gedocumenteerd, helder gecommuniceerd en afgestemd met alle stakeholders en ziet op zowel rechtmatigheid en doelmatigheid van geleverde zorg als risicobereidheid. Ten aanzien van het nemen van beslissingen wordt zwaar geleund op het voldoen aan wet- en regelgeving. De compliance strategie wordt voortdurend bewaakt en bijgesteld in het geval van nieuwe wet- en regelgeving en afgestemd met stakeholders.





1.1.3 STRATEGIE | Visie horizontaal toezicht in de zorg

Initieel

Het management is op de hoogte van horizontaal toezicht (voor wat betreft rechtmatigheid) in de zorg, maar er is geen duidelijke visie op de impact voor de organisatie.

Informeel

Horizontaal toezicht in de zorg (voor wat betreft rechtmatigheid) is in beeld bij de organisatie en staat op de agenda bij het management, maar is niet opgenomen in de doelstellingen van de organisatie. Af en toe wordt hierover gecommuniceerd naar de relevante stakeholders.

Gestandaardiseerd

Het thema horizontaal toezicht in de zorg is een terugkomend agendapunt bij het management en is opgenomen in de doelstellingen van de organisatie. Het wordt gecommuniceerd richting medewerkers en externe stakeholders, zoals zorgfinanciers. De organisatie heeft een duidelijk beeld bij de visie op horizontaal toezicht in de zorg, zowel wat betreft rechtmatigheid als doelmatigheid en heeft voor zichzelf de voor- en nadelen in kaart gebracht (de business case).

Beheerd

De visie op horizontaal toezicht is vastgesteld, gedocumenteerd in de vorm van een business case en gecommuniceerd richting interne en externe stakeholders. Horizontaal toezicht in de zorg, zowel wat betreft rechtmatigheid als doelmatigheid, hangt samen met de compliance strategie. Regelmatig wordt met in- en externe auditors gekeken of de visie nog wordt nageleefd en hoe de organisatie hier verbetering in kan brengen. Processen zijn gedocumenteerd.

Geoptimaliseerd

Horizontaal toezicht in de zorg, zowel wat betreft rechtmatigheid als doelmatigheid, is een strategisch speerpunt van de organisatie en komt zo ook terug in de doelstellingen en in de (compliance) strategie. Er zijn processen om de visie kracht bij te staan en documentatie voorhanden. Eveneens wordt de visie op regelmatige basis gecommuniceerd naar interne en externe stakeholders en kunnen zij ook aandachtspunten onder ogen brengen. Periodiek wordt dan ook geëvalueerd of horizontaal toezicht in de zorg wordt nagestreefd en of de opgestelde Key Performance Indicators (KPI's) zijn nageleefd.





1.2.1 STAKEHOLDER MANAGEMENT | Intern (medisch specialist / zorgprofessional / zorgadministratie)

Initieel

Interne stakeholders, zoals de medisch specialist, zorgprofessional of zorgadministratie zijn niet of nauwelijks op de hoogte van (de visie) horizontaal toezicht in de zorg en het voldoen aan wet- en regelgeving. De noodzaak van het management om interne stakeholders te betrekken bij de visie, wordt nauwelijks erkend.

Informeel

Interne stakeholders zijn bewust van de visie van de instelling ten opzichte van horizontaal toezicht in de zorg, maar worden slechts zelden betrokken bij besluitvorming rondom compliance. De visie is gedocumenteerd, maar niet actief gecommuniceerd naar interne stakeholders. Afhankelijk van hoe afdelingen betrokken zijn bij compliance, zijn zij in staat om een bijdrage te leveren.

Gestandaardiseerd

Interne stakeholders worden zo veel mogelijk betrokken bij de visie horizontaal toezicht in de zorg en hoe te voldoen aan wetten regelgeving (in de vorm van een compliance strategie). Het is voor interne stakeholders duidelijk hoe hun werk beïnvloed wordt hierdoor. Zij kunnen feedback geven, maar het is niet duidelijk of hier iets mee gedaan wordt. Periodiek vindt communicatie over de voortgang plaats.

Beheerd

Er is een proces om interne stakeholders te betrekken bij een brede dialoog rondom de visie horizontaal toezicht in de zorg en de compliance strategie. De voordelen van horizontaal toezicht in de zorg (shared savings) zijn gecommuniceerd naar interne stakeholders. Er wordt door het management actie ondernomen om eventuele zorgen bij het medewerkers weg te nemen. Communicatie vindt plaats volgens een formeel communicatieproces.

Geoptimaliseerd

Met interne stakeholders wordt uitgebreid de dialoog aangegaan rondom de visie horizontaal toezicht in de zorg en de compliance strategie. Periodiek wordt geëvalueerd met interne stakeholders wat goed gaat en wat beter kan. Communicatie vindt proactief plaats en is transparant. Interne stakeholders zijn zich bewust van de impact van het voldoen aan wet- en regelgeving op hun werk. Stakeholders profiteren van de voordelen van horizontaal toezicht in de zorg (shared savings). Er is een verantwoordelijke (bijv. een Chief Compliance Officer) die zorgt dat alle interne stakeholders worden gehoord en betrokken zijn bij horizontaal toezicht in de zorg.





1.2.2 STAKEHOLDER MANAGEMENT | Extern

Initieel

Communicatie over de compliance strategie vindt plaats naar aanleiding van incidenten en gaat niet over het voorkomen ervan. De noodzaak om over compliance het gesprek met een bredere groep stakeholders aan te gaan, wordt slechts in beperkte mate erkend.

Informeel

Er is bewustzijn bij de relevante stakeholders en deze zijn in zekere mate op de hoogte van de aandachtspunten met betrekking tot het voldoen aan wet- en regelgeving van de organisatie (meestal via informele kanalen). Communicatie is afhankelijk van individuele behoeftes van de afdelingen.

Gestandaardiseerd

Er is een gedegen gedocumenteerd en gecommuniceerd beleid inzake de communicatie rondom compliance, waarin de belangrijkste onderwerpen zijn opgenomen. Relevante stakeholders zijn bekend, worden op de hoogte gehouden en hebben goed zicht op hun vereisten en/of aandachtspunten. De voordelen van horizontaal toezicht in de zorg zijn voor de organisatie kaart gebracht (business case).

Beheerd

Er wordt regelmatig en op relevante wijze contact onderhouden tussen medewerkers van de diverse afdelingen en andere stakeholders. Communicatie over compliance wordt op een proactievemanier ingevuld, doorgaans met behulp van een formeel communicatieproces. De voordelen van horizontaal toezicht in de zorg zijn voor de organisatie in kaart gebracht en verdeeld tussen de financiers en de organisatie geëxpliciteerd.

Geoptimaliseerd

Er is brede consensus over de vereisten van stakeholders. Deze zijn gedocumenteerd en kunnen door de betreffende stakeholders worden toegelicht. Communicatie vindt proactief, transparant en op begrijpelijke wijze plaats. De communicatie over compliance is in lijn met de visie, missie en strategische doelen en doelstellingen, alsmede met best practices. De voordelen van horizontaal toezicht zijn voor de organisatie in kaart gebracht, verdeeld tussen de financiers en de organisatie en worden continu herijkt.





1.3.1 SOFT CONTROLS | Missie en kernwaarden

Initieel

Er is geen duidelijk beeld van de visie en missie rondom compliance, risicobereidheid, het gewenste gedrag of vooraf gedefinieerde criteria voor risico's rondom compliance.

Informeel

Algemene compliance risico's en mogelijke reputatieschade worden meegenomen in de besluitvorming. Het gewenste gedrag is impliciet bekend en sluit aan bij de algemene bedrijfsstrategie. Binnen de organisatie is er geen overeenstemming over risicobereidheid rondom het voldoen aan wet- en regelgeving.

Gestandaardiseerd

Het management heeft een duidelijk beeld van de visie en missie rondom compliance, compliance strategie en mate van risicobereidheid en dit is gedocumenteerd, gecommuniceerd en afgestemd op de algemene bedrijfsstrategie (inclusief het verwachte gedrag). Medische specialisten/ behandelaars zijn betrokken. Het handelen van medewerkers sluit hier echter niet altijd bij aan.

Beheerd

Er zijn processen aanwezig om de activiteiten van de organisatie af te stemmen op de compliance strategie en mate van risicobereidheid. De gewenste houding en het gewenste gedrag worden in overeenstemming met medische specialisten/ behandelaars afgestemd, gecommuniceerd en in acht genomen. Er wordt actie ondernomen om gevallen van ongewenst gedrag te managen en gedrag zo nodig te veranderen.

Geoptimaliseerd

Visie, missie en compliance strategie zijn volledig afgestemd met de medische specialisten/ behandelaars en vormen de basis voor alle besluitvormingsprocessen (in lijn met criteria voor risicobereidheid rondom het voldoen aan wet- en regelgeving). De waarden die hieruit volgen, komen tot uitdrukking in het gedrag van medewerkers. Er is een cultuur van voortdurende analyse, zelfevaluatie en verbetering.

1.3.2 SOFT CONTROLS | Toon aan de top

Initieel

De organisatie heeft geen (duidelijke) visie op de (gewenste) compliance moraal, houding en gedrag.

Informeel

De gewenste compliancemoraal en houding van de organisatie is duidelijk vastgelegd (bijvoorbeeld in een gedragscode) en sluit aan bij de strategie van de organisatie. Het management erkent het belang hiervan voor de organisatie.

Gestandaardiseerd

De waarden van de organisatie rondom het voldoen aan wet- en regelgeving zijn duidelijk vastgelegd en gecommuniceerd (met name richting belangrijke beslissers). Deze waarden vertalen zich in de praktijk in verwacht (compliant) gedrag. Ethisch gedrag is regelmatig onderwerp van gesprek.

Beheerd

Beslissingen met gevolgen voor compliance worden regelmatig geëvalueerd en afgezet tegen de waarden rondom compliance. Bovendien worden deze waarden periodiek gemeten, geanalyseerd en gecommuniceerd met het bestuur van de organisatie.

Geoptimaliseerd

De afstemming tussen de waarden rondom het voldoen aan wet- en regelgeving en het daadwerkelijke gedrag van de organisatie wordt (continu) bewaakt, waarbij zo nodig actie wordt ondernomen. Deze waarden van de organisatie zijn verankerd in de besluitvorming van het senior of topmanagement en de toon aan de top (waardoor mag worden verwacht dat alle overige onderdelen van de organisatie zich hierbij aansluiten). Het management communiceert hier actief over met stakeholders.





1.3.3 SOFT CONTROLS | Houding en gedrag

Initieel

Medewerkers en management zien compliance als een losstaand onderdeel van de bedrijfsvoering. Er is weinig aandacht voor het voldoen aan wet- en regelgeving.

Informeel

Medewerkers en management handelen op basis van een onderbuikgevoel rondom wet- en regelgeving. Er bestaat weinig communicatie over compliance en hoe dit is verankerd in de bedrijfsvoering.

Gestandaardiseerd

Regels rondom de gewenste houding en gedrag zijn vastgelegd en het belang wordt onderkent door het management. Een ongewenste houding en ongewenst gedrag wordt besproken door het management en resultaten hiervan worden besproken met het management.

Beheerd

Regelmatig wordt de houding en het gedrag van medewerkers en management geëvalueerd. Periodiek wordt de compliance strategie gecommuniceerd en afgezet tegen de praktijk. Er zijn processen aanwezig om medewerkers en management te sturen en te helpen rondom het voldoen aan wet- en regelgeving.

Geoptimaliseerd

De houding en het gedrag van iedereen binnen de organisatie is in lijn met de compliance strategie en met de algemene strategie. Voortdurend wordt dit geëvalueerd en over gerapporteerd. Compliance is verankerd in het DNA van de organisatie en zo wordt dit ook ervaren door het medewerkers en het management. Daarnaast spreken medewerkers elkaar ook aan wanneer niet wordt voldaan aan de compliance strategie.



2

Bedrijfsvoering

2.1 Bedrijfsproces

- 2.1.1 Typologie
- 2.1.2 Documentatie

2.2 Compliance en organisatie

- 2.2.1 Rollen en verantwoordelijkheden
- 2.2.2 Competenties
- 2.2.3 Compliance functie Horizontaal Toezicht

2.3 IT

- 2.3.1 General IT Controls





2.1.1 BEDRIJFSPROCES | Typologie

Initieel

Er is geen typologie gehanteerd om de bedrijfsprocessen te bepalen. Bij het management wordt niet de noodzaak gevoeld om een typologie door te voeren voor het bepalen van de bedrijfsprocessen.

Informeel

Het management ziet de noodzaak in van een typologie voor het bepalen van de bedrijfsprocessen, maar heeft deze slechts op een beperkt aantal onderdelen doorgevoerd.

Gestandaardiseerd

Een eenduidige typologie voor een zorginstelling is gebruikt om de bedrijfsprocessen te bepalen. Deze typologie zorgt ervoor dat de belangrijkste processen zijn geïdentificeerd.

Beheerd

Een typologie is doorgevoerd binnen de hele organisatie met aandacht voor het geheel aan bedrijfsprocessen. Intern wordt door de third line of defence vastgesteld dat de meeste risico's zijn afgedekt door middel van procedures. Medewerkers zijn in staat om hiaten door te geven aan het management en follow-up planning te realiseren en bewaken.

Geoptimaliseerd

De typologie van een zorginstelling is volledig doorgevoerd in de bedrijfsprocessen. De volledigheid, juistheid, rechtmatigheid en doelmatigheid van opbrengsten is duidelijk verantwoord, evenals de uitgaven. Periodiek wordt geëvalueerd of de typologie nog werkt. De typologie helpt de onderneming om kansen en bedreigingen te zien voordat ze zich voordoen, evenals potentiële hiaten in bepaalde bedrijfsprocessen.

2.1.2 BEDRIJFSPROCES | Documentatie

Initieel

Processen zijn meestal niet gedocumenteerd, of de documentatie is verouderd, en de organisatie vertrouwt op de kennis van individuele personen. Overkoepelende procedures voor onderdelen van de organisatie zijn doorgaans niet geïntegreerd.

Informeel

Er is sprake van een beperkte mate van documentatie van processen en integratie van procedures, maar (nog) niet van een uniforme aanpak. Het actueel houden van deze processen en procedures is geen aandachtspunt.

Gestandaardiseerd

Er is sprake van een duidelijk omschreven, effectief gecomuniceerd kader voor het documenteren van processen, plus procedurele handleidingen, die worden begrepen en nageleefd. De documentatie wordt opgeslagen, regelmatig bijgewerkt en in een elektronische omgeving waar alle relevante gebruikers er toegang toe hebben.

Beheerd

De naleving van documentatienormen en het ontwikkelen en in stand houden van procedures wordt gewaarborgd door beheersmaatregelen, wat medezorgt voor een gestandaardiseerde set aan documentatie (document management systeem). Achteraf wordt feedback ingewonnen bij bedrijfsdelen en gebruikers als onderdeel van een proces van voortdurende verbetering.

Geoptimaliseerd

Er vindt toezicht plaats op het proces voor het ontwikkelen, documenteren en in stand houden van processen en procedures, waarbij zo nodig best practices worden overgenomen en wordt aangepast op basis van de documentatienormen van de organisatie (document management systeem). Documentatie wordt bijgewerkt naar aanleiding van organisatorische en operationele wijzigingen en is beschikbaar voor naslag en monitoring en wordt in of extern gevalideerd op toereikendheid.





2.2.1 COMPLIANCE EN ORGANISATIE | Rollen en verantwoordelijkheden

Initieel Het toezicht op het proces van verslaglegging rondom het voldoen aan wet- en regelgeving en wie wat doet is onduidelijk. Er worden geen (externe) deskundigen betrokken. Het proces wordt geleid door de financiële administratie met minimale inbreng van compliance specialisten.	Informeel Er is een ongeschreven verdeling van rollen en verantwoordelijkheden, maar de eindverantwoording en -verantwoordelijkheid voor de positie rondom het voldoen aan wet- en regelgeving is voor betrokkenen onduidelijk. Waarschijnlijk nemen medewerkers van Financiën het voortouw.	Gestandaardiseerd Rollen en verantwoordelijkheden zijn gedefinieerd en beschreven, maar er is geen end-to-end systeem voor het prestatie management van medewerkers. Hoewel vanuit het '3 lines of defence model' de rollen en verantwoordelijkheden zijn beschreven, worden deze niet optimaal benut. Waarschijnlijk neemt Financiën het voortouw. De rol van de externe accountant is duidelijk vastgelegd.	Beheerd Alle medewerkers op alle afdelingen en op alle locaties hebben duidelijke rollen en verantwoordelijkheden op basis van het '3 lines of defence model'. De resultaten worden bewaakt en de informatie in alle waarschijnlijkheid gebruikt voor interne rapportage.	Geoptimaliseerd Alle medewerkers op alle afdelingen en op alle locaties hebben duidelijke rollen en verantwoordelijkheden en de prestaties en tevredenheid van medewerkers wordt bewaakt. Hierbij is het '3 lines of defence model' ingebed in de organisatie. Indien noodzakelijk worden externe specialisten ingeschakeld. Voor iedereen in de organisatie zijn de verantwoordelijkheden duidelijk.
--	--	---	---	---

2.2.2 COMPLIANCE EN ORGANISATIE | Competenties

Initieel Dagelijkse werkzaamheden worden uitgevoerd op basis van routine. Er is sprake van een impliciete taakverdeling, functieprofielen zijn niet gedocumenteerd en gecommuniceerd. Focus is op eigen activiteiten. "Learning by doing" is het uitgangspunt.	Informeel De noodzaak van het toepassen van competenties in functieprofielen wordt erkend, maar krijgt geen opvolging. Functieprofielen zijn op algemeen niveau gedocumenteerd, maar niet actief gecommuniceerd. Taken zijn verdeeld, maar het is voor medewerkers niet duidelijk aan welke eisen zij dienen te voldoen. Slechts zelden wordt herkend door medewerkers dat werkzaamheden gelinked zijn aan of overlappen met andere functies.	Gestandaardiseerd Functieprofielen zijn gedocumenteerd en worden, indien mogelijk, ingevuld met inachtneming van de voor de functie benodigde competenties. Taken zijn verdeeld op basis van functies en zijn voldoende ingebed in de organisatie. Wanneer competenties ontbreken voor een bepaalde taak, worden medewerkers ad hoc ingezet. Medewerkers dienen zelf actief aan te geven of zij behoefte hebben aan (bij)scholing.	Beheerd Functieprofielen zijn voorzien van alle competenties voor de functie. Ze zijn consistent voor de gehele organisatie, zijn gecommuniceerd en zijn goed bekend en ingebed in het dagelijks handelen. Voor medewerkers is het duidelijk wat van hen verwacht wordt. Het voldoen aan competenties wordt gemonitord door middel van Key Performance Indicators (KPI's) voor het medewerkers. (Bij)scholing/ cursussen zijn gelinked aan de benodigde competenties.	Geoptimaliseerd Competenties zijn gedocumenteerd in functieprofielen en worden actief gecommuniceerd. De functieprofielen zijn afgeleid van taken en bevoegdheden van het medewerkers en worden periodiek bijgewerkt. Er is een functiemix van competenties binnen de diverse afdelingen. Scholing en het verwerven van competenties is geïntegreerd in het medewerkersbeleid van de organisatie. Het niveau van de medewerkers en het opleidingsbudget ondersteunt het behalen van het gewenste competentieniveau.
--	---	--	---	---





2.2.3 COMPLIANCE EN ORGANISATIE | Compliance functie Horizontaal

Initieel

De organisatie heeft geen vastgelegde compliance strategie. De compliance functie wordt als een losstaand bedrijfsonderdeel gezien, waarmee weinig tot geen rekening gehouden wordt: er is geen accountability. Rapportage vindt slechts plaats naar aanleiding van incidenten. Compliance wordt als bureaucratische verplichting ervaren en de lijn wordt niet proactief betrokken. Het management erkent niet de noodzaak van het integreren van de compliance functie in de reguliere bedrijfsprocessen.

Informeel

Er is een impliciete compliance strategie, waarbij compliance op het netvlies van de werknemers staat. De compliance functie communiceert niet frequent en informeel met de lijn. In slechts een aantal processen is compliance geïntegreerd en dan alleen op hoofdlijnen. Wanneer incidenten zich voordoen worden deze opgepakt en wordt de verantwoordelijkheid genomen, een escalatie en een verbeterproces is echter niet geformaliseerd. Bij managementoverleg wordt over compliance gesproken, vertaling en implementatie in de lijn ontbreekt.

Gestandaardiseerd

De compliance functie is geformaliseerd, maar is niet volledig geïntegreerd binnen de bedrijfsvoering. Compliance staat op de agenda van het management, maar de impact en wegingsfactor bij besluitvorming is beperkt. Compliance is geïncorporeerd in de voornaamste processen, dit is gedocumenteerd en gecommuniceerd naar de betrokken medewerkers. Issues worden gecommuniceerd naar het management, gemonitord en (proces)verbeteringen worden doorgevoerd waar nodig.

Beheerd

De compliance functie is een integraal onderdeel van de organisatie, staat in een continue dialoog met alle (relevante) afdelingen en compliance is ingebed in bedrijfsprocessen. Deze processen worden periodiek gemonitord en verbeterd, waar mogelijk. Compliance staat nadrukkelijk op de agenda van het management en is geïncorporeerd in de bedrijfsstrategie. Het is voor iedere medewerker duidelijk wat voor een impact hun handelen op compliance heeft. De compliance functie produceert data en rapporteert hierover met het doel inzicht te geven en de dialoog tussen het management en de diverse in- en externe toezichthouders te vergemakkelijken.

Geoptimaliseerd

De compliance strategie is gedocumenteerd en gecommuniceerd. De compliance functie maakt integraal onderdeel uit van de bedrijfsvoering en is op deze manier geïntegreerd in de bedrijfsprocessen. Het proces en de controls sluiten aan op een kans x impact-analyse (bijv. een risicomatrix). De impact van compliance wordt meegewogen bij besluitvorming en gemonitord. Er is sprake van een continu verbeterproces. Periodiek wordt aan de Raad van Bestuur gerapporteerd over alle zaken die de compliance functie aangaan. De organisatie heeft een continue dialoog met cliënten en externe stakeholders.





2.3.1 IT | General IT Controls

Initieel

De organisatie heeft General IT Controls, maar het is niet duidelijk wat dit betekent voor de bedrijfsvoering. Het is niet besproken op managementniveau. Het inbedden van General IT Controls gebeurt naar aanleiding van incidenten. Er zijn geen processen gedocumenteerd voor IT controls die te maken hebben met de bedrijfsvoering. Compliance data wordt opgevraagd bij diverse stakeholders, omdat de compliance afdeling meerdere systemen gebruikt.

Informeel

General IT Controls voor de bedrijfsvoering worden erkend, maar niet specifiek geïmplementeerd. Toegangsrechten worden op organisatieniveau toegekend en de afdeling bedrijfsvoering levert input op IT controls op een informele manier en slechts op basis van individuele gevallen. Er is geen proces voorhanden om de documentatie van General IT Controls te waarborgen.

Gestandaardiseerd

Het IT landschap binnen de organisatie heeft (applicatie) controls die de integriteit en beveiliging van compliance data waarborgen. De compliance functie heeft specifieke General IT Controls geïmplementeerd, die relevant zijn voor de bedrijfsvoering. Een proces zorgt ervoor dat de compliance functie input kan leveren op IT controls / functies. Relevante geautomatiseerde controls die van essentieel belang zijn voor de compliance functie worden overwogen. General IT Controls zijn geformaliseerd, gedocumenteerd en gecommuniceerd naar relevante stakeholders en eindgebruikers.

Beheerd

De compliance functie is onderdeel van de General IT Controls. De compliance afdeling heeft geïntegreerde datasoftware, die data kunnen delen met andere afdelingen. Consistente data integriteit controls zijn geïmplementeerd om IT risico's te mitigeren. De compliance afdeling houdt zich veel bezig met het leveren van input op IT controls. Problemen met toegangsrechten en specifieke (compliance) IT risico's worden opgelost wanneer zij zich voordoen. General IT Controls die gerelateerd zijn aan de compliance functie worden constant gemonitord om specifieke (compliance) IT risico's te adresseren.

Geoptimaliseerd

General IT Controls zijn volledig aangesloten bij compliance processen en bij andere organisatorische processen. General IT Controls worden constant gemonitord en continu waar mogelijk verbeterd. De compliance functie is gewaarborgd door middel van toegangsrechten. De compliance functie maakt gebruik van verschillende rapportage technieken. Deze technieken zijn bekend bij de eigenaars van General IT Controls. Data integriteit is gewaarborgd in het hele IT landschap en General IT Controls zijn 'agile' opgesteld, zodat deze kunnen worden aangepast aan toekomstige wensen.



3

Registratie en Declaratie

3.1 Richtlijnen en medisch beleid

- 3.1.1 Richtlijnen
- 3.1.2 Medisch beleid

3.2 Zorgregistratie en declaratie

- 3.2.1 Proces PRSADI (Prijstelling/ Registratie/ Samenvatten/ Afleiden/ Declareren/ Incasso)
- 3.2.2 Rollen en verantwoordelijkheden





3.1.1 RICHTLIJNEN EN MEDISCH BELEID | Richtlijnen

Initieel

Richtlijnen zoals opgelegd door de verschillende wet- en regelgevers (NZa, IGZ, ZiN, etc.) en privaatrechtelijke afspraken met zorgfinanciers zijn informeel bekend en niet geïntegreerd in de reguliere werkprocessen. Documentatie, indien aanwezig, is niet aantoonbaar actueel en medewerkers weten (onvoldoende) waar ze deze kunnen vinden. Naleving van richtlijnen heeft geen prioriteit voor het management. Het eigenaarschap van de toetsing op de naleving van de richtlijnen is niet geborgd.

Informeel

Naleving van de richtlijnen is een agendapunt van het management, maar er wordt informeel invulling aan gegeven. Richtlijnen zijn gedocumenteerd, maar niet of beperkt doorvertaald naar de organisatie. De inbedding in de dagelijkse activiteiten is beperkt, er wordt weinig rekening gehouden met het naleven van richtlijnen in de werkprocessen. Er bestaat een medisch beleid, echter is het voor medewerkers en management niet duidelijk hoe de richtlijnen hierin verweven zijn. Bij incidenten stelt het management iemand verantwoordelijk voor de toetsing op de naleving van de richtlijnen.

Gestandaardiseerd

Richtlijnen zijn gedocumenteerd en worden bijgehouden en bijgewerkt, waar nodig. De richtlijnen dienen als basis voor het medisch beleid. In de meeste werkprocessen zijn richtlijnen geïntegreerd. Jaarlijks wordt getest of de richtlijnen actueel zijn en of processen voldoen aan deze richtlijnen. Het management is bewust van de impact van het niet voldoen aan richtlijnen en stuurt het medewerkers hierop aan. Werknemers nemen verantwoordelijkheid wanneer het aankomt op de naleving van richtlijnen. Verantwoording hierover wordt vooral afgelegd aan interne stakeholders.

Beheerd

In de werkprocessen zijn richtlijnen geïntegreerd en wordt er periodiek gemonitord op naleving van de richtlijnen. Management en medewerkers voelen zich verantwoordelijk en betrokken en weten wat de impact is van het niet naleven van richtlijnen. Het medisch beleid is opgesteld met inachtneming van de richtlijnen die zijn opgelegd door de verschillende wet- en regelgevers (NZa, IGZ, ZiN etc.) alsmede privaatrechtelijke afspraken met zorgfinanciers. Er bestaat een proces om de actualiteit van de richtlijnen te toetsen.

Geoptimaliseerd

Richtlijnen zoals opgelegd door de verschillende wet- en regelgevers (NZa, IGZ, ZiN etc.), maar ook privaatrechtelijke afspraken met zorgfinanciers, zijn het uitgangspunt van het medisch beleid. De richtlijnen zijn geïntegreerd in de reguliere werkprocessen, waarbij periodiek wordt beoordeeld of de richtlijnen nog actueel zijn. Het management en het medewerkers zijn zich bewust van de verschillende richtlijnen en handelen hier ook naar. Naleving van de richtlijnen wordt getoetst en verantwoording wordt hierover afgelegd aan interne en externe stakeholders.





3.1.2 RICHTLIJNEN EN MEDISCH BELEID | Medisch beleid

Initieel

Het medisch beleid is impliciet. Het medisch beleid wordt ervaren als een administratieve norm die van bovenaf is opgelegd en is niet ingebed in het dagelijkse handelen. De functionele inrichting is vormvrij, waarbij geen eenduidige normen bestaan voor codes en begrippen. Er is geen (geformaliseerd) escalatiemodel.

Informeel

Er bestaat een medisch beleid, maar deze is niet gedocumenteerd of verouderd. Zorgprofessionals zijn zich niet genoeg bewust van het medisch beleid en hoe dit hen in staat stelt te helpen in hun werk. Er is een richtlijn voor de dossiervorming, deze is informeel bekend. Het management erkent de noodzaak van het expliciet bekendmaken van het medisch beleid. Bij escalatie wordt gehandeld vanuit routine en ervaringen in het verleden. Er zijn hierbij geen autorisatierechten vastgelegd.

Gestandaardiseerd

Het medisch beleid is gedocumenteerd en actief in de organisatie. Het voldoet in grote mate aan richtlijnen en is deels doorvertaald naar zorgpaden. In het dagelijks handelen wordt de impact van het medisch beleid gewogen en er wordt zoveel mogelijk naar gehandeld. Er bestaat een proces voor de dossiervoering. Codes en begrippen zijn vastgelegd voor de functionele inrichting van het dossier. Bij escalatie is documentatie aanwezig om het proces in goede banen te leiden.

Beheerd

Het medisch beleid is opgesteld samen met zorgprofessionals met inachtneming van richtlijnen (Nza, IGZ, ZiN, etc.). Het beleid is de basis voor de zorgpaden zoals verplicht gesteld door zorgfinanciers. Uitkomsten van praktijkvariatie-analyses worden vaak gebruikt voor eventuele aanpassingen van het medisch beleid en richtlijnen. Onderdeel van het beleid zijn geformaliseerde protocollen welke zijn ingebed in het dagelijkse handelen van alle zorgprofessionals. Naleving wordt regulier gemonitord. De functionele inrichting van het dossier vergemakkelijkt de taken van medewerkers. Het escalatiemodel is gedocumenteerd en gecommuniceerd, waarbij autorisatierechten zijn bepaald om van standaard protocollen af te wijken.

Geoptimaliseerd

Het medisch beleid is expliciet bepaald, door derden geaccordeerd en voldoet aan alle richtlijnen (Nza, IGZ, ZiN, etc.) en is ingebed in de zorgpaden. Het medisch beleid is opgesteld samen met de zorgprofessionals, wat zorgt voor een werkbaar proces en protocollen en daarmee bijdraagt aan de intrinsieke motivatie. Uitkomsten van praktijkvariatie-analyses zijn de basis voor eventuele aanpassingen van het medisch beleid en richtlijnen. De dossiervoering is functioneel ingericht en maakt optimaal gebruik van de IT-omgeving van de organisatie. Er is een geformaliseerd escalatiemodel, waarin autorisatierechten zijn vastgelegd om van de standaard protocollen af te wijken.





3.2.1 ZORGREGISTRATIE EN DECLARATIE | **Proces PRSADI (Prijstelling / Registratie / Samenvatten / Afleiden / Declareren / Incasso)**

Initieel

Er is geen geformaliseerd PRSADI proces dat borgt dat aan richtlijnen wordt voldaan. Een proceseigenaar is niet aangesteld. Procesbeschrijvingen zijn niet gedocumenteerd of zijn verouderd. Werkzaamheden gebeuren op basis van routine en zijn vormvrij. Er is onvoldoende bewustzijn bij medewerkers van hun rol in het proces. Monitoring van de processen of controle vindt niet of achteraf plaats (detective controls) en is niet geborgd aan de bron.

Informeel

Er bestaat een ruwe opzet van het PRSADI proces. Inbedding in de reguliere werkzaamheden is beperkt waardoor de aanpak van medewerkers niet universeel is, wat kan zorgen voor misverstanden. Er is geen formeel proces dat monitort of aan alle richtlijnen is voldaan. Er wordt gebruik gemaakt van IT, training van medewerkers en praktische handleidingen zijn echter onvoldoende. Foutieve declaraties worden intern niet opgemerkt, wat voor reparatiewerkzaamheden zorgt. Doorvertaling van de oorzaak van deze omissies naar in de PRSADI-keten vindt op ad-hoc basis plaats.

Gestandaardiseerd

Het PRSADI proces zorgregistratieproces is gedocumenteerd en bekend in de organisatie. Zorgprofessionals weten waar ze documentatie en handleidingen van het proces en IT systemen kunnen vinden. Werkzaamheden die niet zijn gedocumenteerd worden uitgevoerd op basis van routine. Het eigenaarschap van het proces ligt bij de compliance-afdeling. Er wordt gemonitord op een aantal controls, die ervoor kunnen zorgen dat het proces faalt. Jaarlijks wordt geëvalueerd of het proces naar behoren heeft gewerkt. Er is aandacht voor het verbeteren van het PRSADI proces.

Beheerd

Er bestaat een formeel PRSADI proces dat is ingebed in het dagelijks handelen. In het proces is rekening gehouden met de IT-omgeving en het ontlasten van het medewerkers. Medewerkers zijn in staat om feedback te geven op het proces. Het proces wordt verbeterd wanneer incidenten zich voordoen en periodiek wordt gemonitord of aan de richtlijnen wordt voldaan. Hierover wordt intern gerapporteerd. Als prestatie indicatoren worden de goedgekeurde declaraties gebruikt.

Geoptimaliseerd

Het zorgregistratieproces is gedocumenteerd, gecommuniceerd en wordt gevolgd door iedere zorgprofessional. Het zorgregistratieproces is geïntegreerd in de IT-omgeving en ondersteunt de zorgprofessionals in hun werkzaamheden. De borging van de juistheid van het registratieproces vindt zoveel mogelijk aan de bron plaats (preventieve controls). Monitoring en een continu verbeter- en feedbackproces bestaan en werken, bijvoorbeeld in de vorm van een PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act). Rapportage richting interne en externe stakeholders over de juistheid en volledigheid van het registratieproces vindt periodiek plaats.





3.2.2 ZORGREGISTRATIE EN DECLARATIE | Rollen en verantwoordelijkheden

Initieel

Rollen en verantwoordelijkheden binnen het registratie- en declaratieproces zijn niet duidelijk en informeel. Documentatie, indien aanwezig, is verouderd en niet passend bij de huidige invulling van de functie. Werkzaamheden worden uitgevoerd op basis van eigen ervaringen en routine. Functiescheiding is daarmee onvoldoende geborgd. De focus is primair op eigen rol en werkzaamheden en niet per se op het ondersteunen van de medische specialisten/ behandelaren. Het belang van de eigen rol in het proces is onduidelijk bij medewerkers en er wordt weinig tot geen verantwoordelijkheid gevoeld voor het gehele proces.

Informeel

Rollen en verantwoordelijkheden zijn informeel verdeeld en bekend, maar het is onduidelijk wie het eigenaarschap heeft voor de rollen in het registratie- en declaratieproces. Medische specialisten/ behandelaren worden slechts zelden ondersteund, vrijwel alleen in het geval van escalatie. Bij incidenten wordt pas gekeken waar de verantwoordelijkheid in de keten ligt. Meestal wordt hier invulling aan gegeven om het proces te verbeteren, maar blijft het bij een intentie en geen documentatie.

Gestandaardiseerd

Rollen en verantwoordelijkheden binnen het registratie- en declaratieproces zijn bepaald, gedocumenteerd en gecommuniceerd. Bij de inrichting hiervan is zoveel als mogelijk rekening gehouden met de diverse functieprofielen en de daarin aanwezige competenties. De rollen en verantwoordelijkheden worden jaarlijks nagelopen bijgewerkt indien nodig. Er is aandacht voor functiescheiding bestaat, deze is echter beperkt ingebed. Binnen de rollen en verantwoordelijkheden is rekening gehouden met het ondersteunen van de medische specialisten/ behandelaren. Medewerkers en medisch specialisten/ behandelaren zijn zich bewust van hun acties en hun rol in het proces. Er wordt alleen verantwoordelijkheid genomen daar waar het gaat om de eigen werkzaamheden.

Beheerd

De rollen en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd en gecommuniceerd. Daarnaast zijn de rollen en verantwoordelijkheden geïntegreerd in de bedrijfsprocessen waarbij functiescheiding voldoende is geborgd. De rollen en verantwoordelijkheden zorgen ervoor dat medische specialisten/ behandelaren worden ondersteund en ontlast in hun werkzaamheden. Rollen en verantwoordelijkheden sluiten aan op de functieprofielen. Er is een vast proces voor het regulier updaten van de rollen en verantwoordelijkheden. Medewerkers en medisch specialisten/ behandelaren zijn zich bewust van het belang van het registratie- en declaratieproces en onderkennen hun rol in dit geheel.

Geoptimaliseerd

Rollen en verantwoordelijkheden zijn vastgelegd en gecommuniceerd. De rollen en verantwoordelijkheden zijn geïntegreerd in de werkprocessen en werkinstructies en zijn daarnaast geborgd in de IT-omgeving. Functiescheiding is hierbij optimaal ingericht en geborgd. Uitgangspunt is een zo efficiënt mogelijke ondersteuning van de medische specialisten/ behandelaren. Medewerkers en medisch specialisten/ behandelaren zijn zich bewust van zijn of haar rol in het gehele registratie en declaratieketen. Daarnaast voelen de medewerkers en medisch specialisten/ behandelaren zich verantwoordelijk voor het gehele proces (ownership).





4

Risico Management

4.1 Risico beleid

4.1.1 Risico beheersingskader Horizontaal Toezicht in de zorg

4.2 Identificatie en beoordeling

4.2.1 Identificatie van risico's PRSADI Toezicht in de zorg

4.2.2 Risico beheersingskader Horizontaal Toezicht in de zorg

4.3 Risicobeheersing

4.3.1 Inrichting risk & control framework met beheersmaatregelen PRSADI





4.1.1 RISICO BELEID | Risico beheersingskader Horizontaal Toezicht in de zorg

Initieel

Er is geen visie op integraal risicomangement, een duidelijk kader voor rechtmatig en doelmatig declareren ontbreekt. De organisatie beschikt niet over een geformaliseerd intern risicobeheersingskader en controledoelstellingen voor effectief risicobeheer. Risicobeheersing is fragmentarisch, reactief (brandjes blussen) en ad hoc. Risicobeheersing, indien al aanwezig, is geïsoleerd en als zodanig niet geïntegreerd in de reguliere bedrijfsprocessen.

Informeel

Er is een informele visie op risicomangement voor rechtmatig en doelmatig declareren. Deze visie wordt echter niet door iedereen binnen de organisatie gedragen. Het management is zich bewust van de noodzaak van een uniform kader op risicobeheersing, maar heeft dit nog niet ingevuld. Af en toe wordt er gereageerd op risico's. De processen zijn meestal mondeling afgestemd. Ze zijn daarnaast veelal inconsistent en dekken niet alle risico's af. Controledoelstellingen zijn niet geformaliseerd.

Gestandaardiseerd

De visie op risicobeheersing is gedocumenteerd voor rechtmatig en doelmatig declareren en medewerkers zijn op de hoogte van een visie op risicobeheersing inclusief controledoelstellingen. Het risico beheersingskader is geformaliseerd en de bedoeling is dat iedereen zich eraan houdt. Risicobeheersing is als zodanig onderdeel van de bedrijfsvoering. Bij het opstellen en veranderen van processen wordt rekening gehouden met het risico beheersingskader.

Beheerd

Er is een breed gedragen risico beheersingskader voor rechtmatig en doelmatig declareren. Periodiek wordt beoordeeld of deze aansluit bij de controledoelstellingen van de organisatie. De integratie van risicobeheersing in de bedrijfsprocessen is consistent. Aan relevante medewerkers wordt regelmatig gecommuniceerd over de visie op risicobeheersing. Monitoring is geborgd door de interne controlefunctie. Deze verzorgt periodiek rapportages over de uitkomsten van deze activiteiten.

Geoptimaliseerd

Er is een duidelijke visie op risicobeheersing voor rechtmatig en doelmatig declareren, deze wordt periodiek getoetst aan de specifieke controledoelstellingen van de organisatie die op basis van kans en impact zijn afgestemd met de zorgfinanciers. Het kader is geborgd in het integrale risicomangement en als zodanig breed gedragen binnen de organisatie. Alle medewerkers zijn zich bewust van de risicokaders. Op basis van een PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act) is monitoring geborgd, is er sprake van een continu verbeterproces en kan de organisatie over de werking zowel intern als extern communiceren.





4.2.1 IDENTIFICATIE EN BEOORDELING | Identificatie van risico's PRSADI Toezicht in de zorg

Initieel

Belangrijke risico's binnen de PRSADI keten worden nauwelijks geïdentificeerd. Bovendien vindt het vaststellen van de kans en impact van risico's die wel worden geïdentificeerd plaats op basis van ervaring en voortschrijdend inzicht, niet op basis van een consistente methodologie. Over het algemeen identificeert de organisatie gebeurtenissen niet als specifieke potentiële risico's of kansen.

Informeel

De organisatie identificeert risico's of kansen binnen de PRSADI keten op basis van eerdere ervaringen met onverwachte gebeurtenissen. Er wordt incidenteel een externe adviseur betrokken, maar uitsluitend in reactie op en nooit in aanloop naar gebeurtenissen. Het vaststellen van kans en impact vindt vooral plaats op basis van ervaring en voortschrijdend inzicht, soms in zekere mate ook op basis van eenvoudige methodologie.

Gestandaardiseerd

Er is voldoende knowhow om risico's en kansen binnen de PRSADI keten te herkennen. Het proces voor het identificeren van risico's is gericht op het schetsen van duidelijke verbanden tussen de (controle) doelstellingen en bijbehorende risico's. Dit wordt regelmatig met een externe deskundige besproken. Het expliciet vaststellen van kans en impact vindt plaats.

Beheerd

Kansen en risico's binnen de PRSADI keten worden proactief geïdentificeerd door middel van risicostratificatie, bijvoorbeeld op basis van omzetsegmentatie. Relevante experts beoordelen de gebeurtenissen en distilleren hier zinvolle informatie uit. Kwalitatieve en kwantitatieve methoden en technieken worden regelmatig kritisch doorgelicht en beoordeeld op efficiëntie en effectiviteit. In het kader van horizontaal toezicht worden de meest relevante risico's afgestemd met de zorgfinancier(s).

Geoptimaliseerd

Het identificeren en onderscheiden van risico's en kansen binnen de PRSADI keten is gebaseerd op best practices en het gebruik van geavanceerde concepten en technieken voor risicobeheer rondom het voldoen aan wet- en regelgeving. Het proces voor het vaststellen van kans en impact wordt kritisch vergeleken met best practices (in de branche). De organisatie is in staat zich aan te passen aan veranderende omgevingsfactoren zonder vertraging voor de organisatie of het beheer van risico's rondom het voldoen aan wet- en regelgeving. In het kader van horizontaal toezicht worden de meest relevante risico's afgestemd met de zorgfinancier(s).





4.2.2 IDENTIFICATIE EN BEOORDELING | Risico prioritering en scoping PRSADI

Initieel

Er is geen (directe) relatie tussen de compliance strategie en de risico prioritering en scoping binnen de PRSADI keten. De risicobereidheid van de organisatie is onduidelijk. Door het ontbreken van een beleid met betrekking tot risico prioritering en scoping, worden risico's ad hoc aangevlogen en er wordt geen kans en impactanalyse uitgevoerd.

Informeel

De risicobereidheid van de organisatie m.b.t de PRSADI keten is gebaseerd op incidenten in het verleden. Informeel is dit vastgelegd in beleid. De grootste risico's krijgen prioriteit, maar kleine(re) risico's worden ad hoc opgelost. Slechts zelden wordt de kans en impact van een risico gemeten. De organisatie begrijpt het nut van risico prioritering en scoping, maar kan dit nog niet systematisch kwantificeren.

Gestandaardiseerd

De risico prioritering en scoping binnen de PRSADI keten is vastgesteld op basis van de compliance strategie en controledoelstellingen en verwerkt in een risicomatrix met risico's gekoppeld aan controledoelstellingen. Er is een geformaliseerd beleid waarin de risicobereidheid van de organisatie binnen de PRSADI keten (voor zover mogelijk) is gedocumenteerd. Wanneer risico's zich voordoen, wordt er op basis van een consistente aanpak een kans en impactanalyse gemaakt. Periodiek wordt geanalyseerd of het beleid nog actueel is.

Beheerd

In de compliance strategie is vastgelegd wat de risicobereidheid van de organisatie in de PRSADI keten is. Er is een beleid opgesteld, gedocumenteerd en gecommuniceerd. Risico's zijn gerangschikt naar mate van kans en impact in een periodiek onderhouden risicomatrix met risico's gekoppeld aan controledoelstellingen. Een verantwoordelijke is aangesteld om te monitoren of alle relevante risico's actueel in kaart zijn gebracht en gekoppeld zijn aan de controledoelstellingen.

Geoptimaliseerd

Op basis van de compliance strategie zijn de risicobereidheid en controledoelstellingen gedocumenteerd en gecommuniceerd met interne en externe stakeholders (bijvoorbeeld zorgfinanciers). Er is een geformaliseerd beleid waarin de risicomatrix met risico's gekoppeld aan controledoelstellingen van de organisatie binnen de PRSADI keten is gedocumenteerd en afgestemd met zowel interne als externe stakeholders. Voor de kans en impactanalyse wordt gebruik gemaakt van een dashboard. De PDCA-cyclus (Plan, Do, Check, Act) borgt een continu verbeterproces en leidt waar nodig tot aanpassing van het beleid.





4.3.1 RISICOBEBEERSING | Inrichting control framework met beheersmaatregelen PRSADI

Initieel Beheersmaatregelen binnen de PRSADI keten zijn niet gedefinieerd en informatie hierover is gefragmenteerd en vaak niet actueel. Er is geen integratie met de bedrijfsvoering of geautomatiseerde beheersmaatregelen van IT-systemen. Wel begint de organisatie te begrijpen wat de voordelen zijn van het structureel vastleggen van deze beheersmaatregelen in control framework.	Informeel De organisatie begrijpt wat de voordelen zijn van het verankeren van een risk & control framework in de bedrijfsvoering en plannings- en beheersingscyclus binnen de PRSADI keten. De beheersingsactiviteiten zijn nog niet gedocumenteerd.	Gestandaardiseerd Het risk & control framework binnen de PRSADI keten is gedefinieerd en gedocumenteerd. De beheersactiviteiten zijn een onderdeel van de primaire operationele en ondersteunende processen. IT-oplossingen, waaronder daily auditingtools, worden ingezet om beheersactiviteiten te monitoren.	Beheerd Het risk & control framework binnen de PRSADI keten is gedefinieerd en gedocumenteerd en wordt periodiek geactualiseerd binnen de organisatie. De onderliggende IT-systemen, waaronder daily auditingtools, worden in toenemende mate gebruikt voor de monitoring & testing van consistente beheersmaatregelen. Uitkomsten hiervan leveren waardevolle gegevens en managementinformatie op, waarop wordt gestuurd en de waar de feedbackloop naar de eerste lijn steeds mee wordt gevoed. De organisatie kent adequate General IT Controls ter ondersteuning van deze processen.	Geoptimaliseerd Het proces voor het bijhouden en bijwerken van het risk & control framework binnen de PRSADI keten wordt voortdurend verbeterd en afgestemd met zowel interne als externe stakeholders. Het inrichten en evalueren van het risk & control framework wordt ondersteund door besluitvormingsmethodologie en/of softwaretoepassingen. De beheersactiviteiten worden kritisch vergeleken met best practices (in de branche). De organisatie maakt optimaal gebruik van IT-oplossingen en aantoonbaar toereikende General IT Controls.
---	---	---	--	---





5

Monitoring en testing

5.1 Methodologie

5.1.1 Methode en aanpak

5.2 Opvolging, escalatie en communicatie

5.2.1 Opvolging en escalatie

5.2.2 Interne communicatie

5.2.3 Externe communicatie





5.1.1 METHODOLOGIE | Methode en aanpak

Initieel

Hoewel het management mogelijk wel de noodzaak van monitoring en testing erkent, is hier geen proces voor. De methodologie voor monitoring en testing (inclusief materialiteit) wordt selectief gekozen, al naar gelang de behoeften van specifieke projecten en processen. Toetsing is een reactieve exercitie om gegevens te verzamelen over gebeurtenissen uit het verleden die mogelijk tot schade hebben geleid.

Informeel

Er zijn methoden en technieken beschikbaar voor de beoordeling van rechtmatig en doelmatig declareren, deze worden echter niet door de organisatie consequent toegepast. De vereisten van stakeholders zijn impliciet bekend. Gegevensverzameling wordt opgepakt door individuele medewerkers op basis van eerdere ervaring, niet op basis van een formeel proces. Een algemeen niveau van materialiteit is niet gedefinieerd.

Gestandaardiseerd

Het management heeft voor de hele organisatie standaard processen voor monitoring en testing verspreid en geïnstitutionaliseerd. De vereisten van stakeholders worden gecategoriseerd en op juiste wijze opgepakt. De methode voor monitoring is gedefinieerd, inclusief een algemeen materialiteitsniveau. Tools worden gedefinieerd en binnen de hele organisatie gebruikt. Er is een plan van aanpak voor het verzamelen van informatie. De voordelen van een geïntegreerde aanpak zijn bekend.

Beheerd

Binnen alle processen vindt integratie van cijfers en data plaats. De vereisten van stakeholders zijn beoordeeld en geïntegreerd in de algemene definities. Binnen de hele organisatie worden geautomatiseerde oplossingen gebruikt om informatie te verzamelen en processen te bewaken. Het management beoordeelt de prestaties op basis van overeengekomen criteria met de verschillende stakeholders (inclusief materialiteit).

Geoptimaliseerd

De organisatie heeft een continue verbeterproces ingeregeld voor de beoordeling en monitoring van rechtmatig en doelmatig declareren. Alle processen voor monitoring zijn geoptimaliseerd en ondersteunen de vereisten van stakeholders. Procesbewaking en -verbetering zijn onderdeel van organisatiebrede procesverbeterplannen. Benchmarking met de branche en belangrijke concurrenten gebeurt regelmatig en met een goed begrip van de vergelijkingscriteria.





5.2.1 OPVOLGING, ESCALATIE EN COMMUNICATIE | Opvolging en escalatie

Initieel

Er zijn geen processen of relevante activiteiten om vervolg te geven aan eventuele resultaten van monitoring en testing, of deze te escaleren. Als relevante informatie al wordt opgevolgd, gebeurt dit ad hoc.

Informeel

Er is een informeel proces om vervolg te geven aan resultaten van monitoring en testing, of deze te escaleren. Dit proces is gebaseerd op ongecoördineerde activiteiten voor monitoring en testing.

Gestandaardiseerd

Er is een formeel, gedocumenteerd, gecommuniceerd en adequaat functionerend proces om vervolg te geven aan resultaten van monitoring en testing, of deze te escaleren. Er vindt uitgebreide monitoring van processen plaats, maar dit bestrijkt mogelijk niet de hele organisatie.

Beheerd

Er is een formeel, gedocumenteerd, gecommuniceerd en effectief functionerend proces om vervolg te geven aan resultaten van monitoring en testing, of deze te escaleren. Alle relevante KPI's worden bewaakt.

Geoptimaliseerd

De organisatie bewaakt en toetst alle belangrijke KPI's en is in staat de eigen bedrijfsvoering en bedrijfsprocessen voortdurend te verbeteren en verfijnen.

5.2.2 OPVOLGING, ESCALATIE EN COMMUNICATIE | Interne communicatie

Initieel

Rapportage vindt doorgaans uitsluitend naar aanleiding van incidenten plaats. Het is niet duidelijk welke eisen stakeholders stellen aan managementinformatie. Informatieverschaffing over problemen gebeurt ad hoc.

Informeel

Rapportage vindt plaats, maar niet volgens een vastgelegd proces. Rapportage gebeurt mogelijk onregelmatig en onvolledig. De eisen die stakeholders stellen zijn tot op zekere hoogte bekend. De noodzaak van transparantie wordt in de organisatie begrepen, maar nog niet goed gecommuniceerd. Informatieverschaffing over problemen gebeurt naar het oordeel van individuele medewerkers.

Gestandaardiseerd

Er is een gedocumenteerd rapportageproces, wat echter mogelijk niet in alle kwesties en zaken voorziet. In principe functioneert het, maar het proces is niet volledig effectief en efficiënt. Het rapportageproces staat de organisatie ter beschikking en wordt effectief gecommuniceerd. De communicatiestrategie is gebaseerd op interne standpunten over de wenselijkheid van transparantie.

Beheerd

Rapportage vindt plaats op overeengekomen wijze en volgt een standaard en periodiek proces. Ook bestaat er een proces om rapportagenormen te evalueren en aan eisen van stakeholders te voldoen. De mate van transparantie is gebaseerd op eisen van stakeholders en in lijn met de bedrijfsstrategie.

Geoptimaliseerd

De frequentie van rapportage is gebaseerd op voortdurende communicatie tussen alle relevante stakeholders. Rapportagenormen worden bijgewerkt op basis van een voortdurend aangescherpt proces om maximale transparantie, duidelijkheid en vergelijkbaarheid met best practices uit de branche mogelijk te maken. Transparantie vormt onderdeel van de bedrijfsstrategie.





5.2.3 OPVOLGING, ESCALATIE EN COMMUNICATIE | Externe communicatie

Initieel

Externe rapportage naar de zorgfinancier vindt slechts plaats naar aanleiding van incidenten en mismatches in het systeem. Voor de organisatie is het niet duidelijk wat de eisen zijn van de zorgfinancier(s) rondom de informatieverschaffing. Externe communicatie vindt dan ook ad hoc plaats.

Informeel

Externe rapportage vindt plaats, maar niet volgens een vast proces. De zorgfinancier ontvangt niet stelselmatig juiste en volledige informatie. Tot op een zekere hoogte, zijn de eisen die de zorgfinancier aan informatie stelt, bekend. De organisatie erkent de noodzaak van een juiste en volledige informatieverschaffing in het kader van horizontaal toezicht in de zorg, maar heeft dit nog niet effectief gecommuniceerd.

Gestandaardiseerd

Er bestaat een gedocumenteerd rapportageproces, echter is dit niet uitgebreid genoeg van aard. De zorgfinancier ontvangt informatie, maar niet op een tijdige manier. De eisen die de zorgfinancier stelt aan informatieverschaffing, is bekend en er wordt hiernaar gehandeld.

Beheerd

De rapportage richting de zorgfinancier vindt plaats op een gestructureerde en efficiënte manier. Informatieverschaffing vindt plaats op een tijdige en juiste manier. Het rapportageproces is uitgebreid en wordt aangepast bij incidenten. Bewustwording bestaat binnen de gehele organisatie rondom externe rapportage.

Geoptimaliseerd

Voortdurende communicatie met externe stakeholders, zoals de zorgfinanciers, zorgt voor een effectieve en efficiënte communicatie. De eisen voor informatieverschaffing zijn bekend en wordt op een juiste en volledige wijze ingevuld door de organisatie. In de strategie is rekening gehouden met informatieverschaffing naar externe stakeholders en hier wordt dan ook uitgebreid over gerapporteerd in het jaarverslag. Processen zijn gedocumenteerd en gecommuniceerd en worden aangepast bij veranderende omstandigheden.





6

Assurance

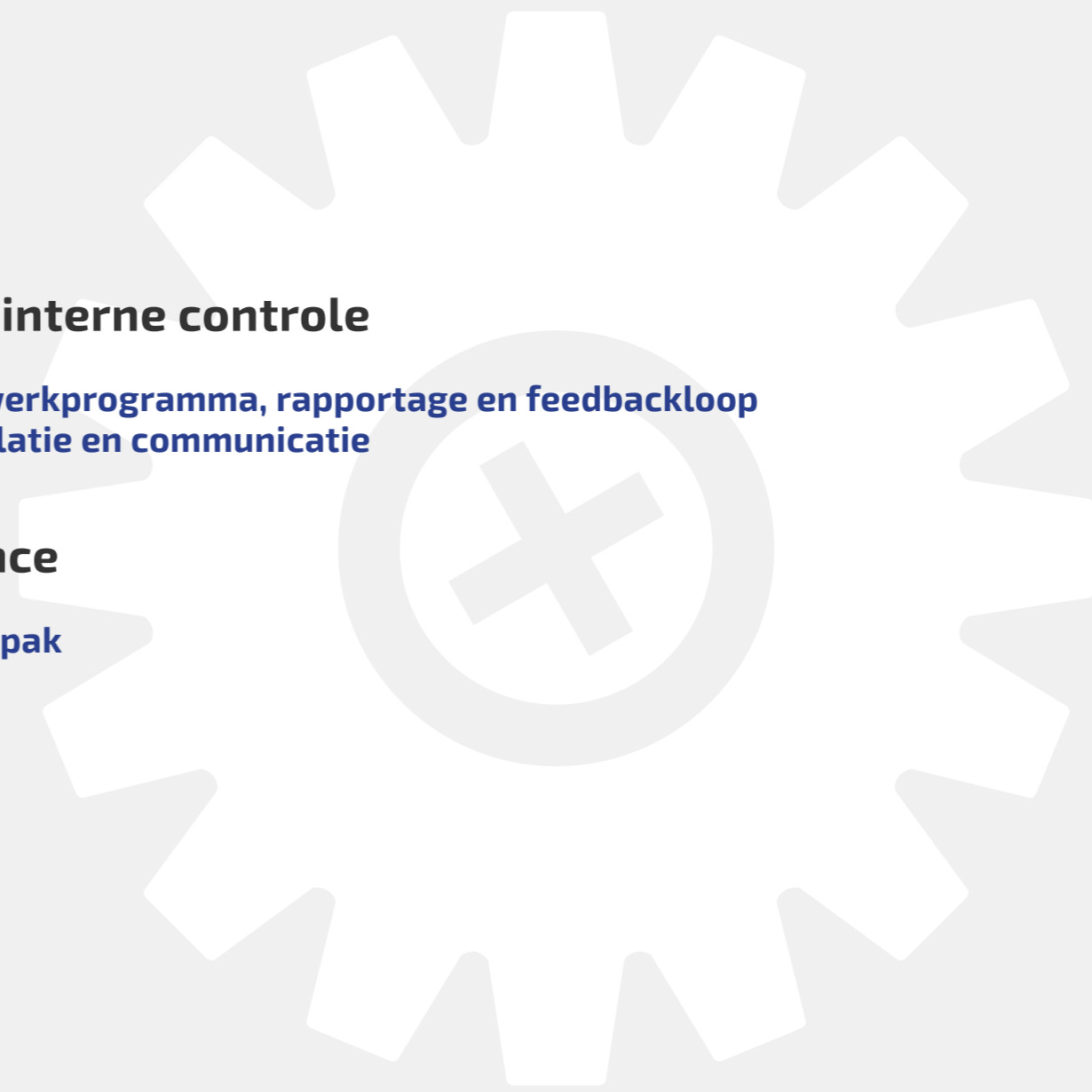
6.1 Verbijzonderde interne controle

6.1.1 Methodologie, werkprogramma, rapportage en feedbackloop

6.1.2 Opvolging, escalatie en communicatie

6.2 Externe Assurance

6.2.1 Methode en aanpak





6.1.1 VERBIJZONDERDE INTERNE CONTROLE | Methodologie, werkprogramma, rapportage en feedbackloop

Initieel

Hoewel het management mogelijk wel de noodzaak van een verbijzonderde interne controle erkent, is hier geen proces voor. Het toepassen van een verbijzonderde interne controle wordt selectief gekozen, al naar gelang de behoeften van specifieke projecten en processen. (Toetsing is een reactieve exercitie om gegevens te verzamelen over gebeurtenissen uit het verleden die mogelijk tot schade hebben geleid).

Informeel

Hoewel er methoden en technieken voor verzameling en beoordeling beschikbaar zijn, worden deze niet door de organisatie toegepast. De vereisten van stakeholders zijn impliciet bekend. Gegevensverzameling wordt opgepakt door individuele medewerkers op basis van eerdere ervaring, niet op basis van een formeel proces. Een algemeen niveau van materialiteit en de omvang van de daarbij behorende testing, is niet gedefinieerd (deelwaarnemingen/dossieronderzoeken).

Gestandaardiseerd

Het management heeft standaard opdrachten voor verbijzonderde interne controle geformuleerd. De eisen van stakeholders worden gecategoriseerd en meegenomen in het interne controleplan. De methode voor verbijzonderde interne controle is gedefinieerd inclusief een algemeen materialiteitsniveau.

Beheerd

Bij verbijzonderde interne controle worden alle relevante cijfers en data geïntegreerd (op basis van GRC tooling) en ziet op zowel rechtmatigheid als doelmatigheid. Er vindt afstemming plaats tussen de zorgadministratie en de verbijzonderde interne controlefunctie. De eisen van stakeholders worden gecategoriseerd, geëvalueerd en geïntegreerd in de opdrachten. Opdrachten opvolging te geven aan negatieve bevindingen is onderdeel van de standaardprocedure.

Geoptimaliseerd

De organisatie heeft een proces voor continue verbetering ontwikkeld om toezicht te houden op het functioneren van belangrijke beheersmaatregelen en invoeren van best practices uit de branche, dit betreft zowel rechtmatigheid als doelmatigheid. Alle processen ten aanzien van de (verbijzonderde) interne controle en in de lijn (inclusief GRC tooling) zijn geoptimaliseerd en ondersteunen de vereisten van stakeholders. Procesbewaking en -verbetering zijn onderdeel van organisatie brede procesverbeterplannen. Benchmarking met de branche en belangrijke concurrenten gebeurt regelmatig en met een goed begrip van de vergelijkingscriteria.





6.1.2 VERBIJZONDERDE INTERNE CONTROLE | Opgvolging, escalatie en communicatie

Initieel

Er zijn geen processen of relevante activiteiten om uitkomsten van interne controle te rapporteren. Relevante informatie wordt ad hoc gedeeld.

Informeel

Er is een proces om opvolging te geven aan de uitzonderingen geconstateerd tijdens de interne controle werkzaamheden. Het opvolgen van deze uitkomsten volgt geen standaardprocedure. Opgvolgingstrajecten worden gestart, maar doorgaans alleen wanneer hier tijd voor is.

Gestandaardiseerd

Er is een formeel, gedocumenteerd, gecommuniceerd en adequaat functionerend proces om vervolg te geven aan resultaten van interne controle uit het risk & control framework.

Beheerd

Er is een formeel, gedocumenteerd, gecommuniceerd en effectief functionerend proces om opvolging te geven aan resultaten van interne controle. Alle gedefinieerde elementen uit het risk & control framework worden bewaakt.

Geoptimaliseerd

De organisatie bewaakt en toetst alle belangrijke elementen uit het risk & control framework en is in staat de eigen bedrijfsvoering en bedrijfsprocessen voortdurend tot verbetering te laten leiden en hierover met stakeholders gestructureerd (middels GRC tooling) te communiceren.

6.2.1 EXTERNE ASSURANCE | Methode en aanpak

Initieel

De accountant verricht alleen gegevensgerichte werkzaamheden in het kader van de jaarrekeningscontrole.

Informeel

De accountant neemt kennis van de Horizontaal Toezicht processen in het kader van de jaarrekeningcontrole, maar kan hierop niet steunen.

Gestandaardiseerd

De accountant rapporteert aan de zorgaanbieder over de opzet en verbeterpunten (n.a.v. een nulmeting) van de Horizontaal Toezicht processen.

Beheerd

De accountant verstrekt alleen assurance over op de door de zorginstelling zelf gekozen specifieke controledoelstellingen in het kader van Horizontaal Toezicht in de zorg.

Geoptimaliseerd

Afhankelijk van de behoefte van zorgfinancier(s) en zorgaanbieder verleent de accountant assurance (COS 3000) over de opzet, bestaan en/of werking van de met de zorgfinancier(s) afgestemde Horizontaal Toezicht processen.





HORIZONTAALTOEZICHTZORG

www.horizontaaltoezichtzorg.nl

info@horizontaaltoezichtzorg.nl

