

HORIZONTAALTOEZICHTZORG

medisch specialistische zorg en geestelijke gezondheidszorg

**Bestuurlijke afspraken
deelwaarnemingen**

Juni 2021



Inleiding

Met Horizontaal Toezicht dragen zorgaanbieders en zorgverzekeraars samen zorg voor een juiste besteding van de zorguitgaven. Vertrouwen is het fundament. En dat vertrouwen groeit door een gelijkwaardige samenwerking, wederzijdse transparantie en heldere communicatie. HT gaat niet over het sanctioneren van het verleden, maar over verbeteren richting de toekomst.

Binnen HT werken we samen om risico's op een procesgerichte manier te beheersen. Dit doen we zo dicht mogelijk op het zorgproces (dus voor in de keten) en goed ingebed in de IT-systemen. In één keer juist registreren en declareren staan centraal. HT is erop gericht om als zorgaanbieder zelf 'in control' te zijn en om 'continu te verbeteren'. Ook richt HT zich op een efficiënte verantwoordingsketen, met zo min mogelijk administratieve lasten voor alle partijen.

Zijn er binnen HT geconstateerde fouten en/of bevindingen, dan houdt de zorgaanbieder het proces kritisch tegen het licht en gaan we in gezamenlijkheid op zoek naar verbetermogelijkheden. Horizontaal Toezicht staat voor gezamenlijke analyse en focus op verbeteringen naar de toekomst. Tevens is binnen HT afgesproken dat de gevonden fouten en/of bevindingen geen impact meer zullen hebben op afgeronde (oude) jaren. Tot slot is afgesproken dat in het lopende HT-jaar gevonden fouten en/of bevindingen wél worden gecorrigeerd al dan niet financieel) én dat waar nodig naar aanleiding van die fouten en/of bevindingen het Control Framework van het aankomende HT-jaar wordt aangepast om fouten in toekomst te voorkomen.

Positie van deelwaarnemingen binnen HT

Zoals verwoord is binnen HT een procesgerichte manier van beheersen de aanpak voor het 'in control' zijn. Gegevensgerichte beheersing, zoals deelwaarnemingen, is in feite niet de beoogde HT-manier van beheersen. Soms spreken een zorgaanbieder en een representerende zorgverzekeraar

echter toch vooraf af (in het Control Framework van de zorgaanbieder) dat een deelwaarneming wordt ingezet als vervangende of aanvullende beheersmaatregel. Er zijn twee mogelijke redenen hiervoor¹:

- vooraf is vastgesteld dat het risico niet op een procesgerichte manier beheerst kan worden (en er daarmee geen sprake is van een acceptabel restrisico²), óf;
- vooraf is vastgesteld dat een procesgerichte manier van beheersen onevenredig veel werk (administratieve last) of extra kosten met zich meebrengt, waardoor een deelwaarneming de meeste efficiënte beheersmaatregel is.

Wanneer een deelwaarneming wordt ingezet, kan het gebeuren dat er een bevinding is in de deelwaarneming. Dan komt de logische vervolgvraag: hoe ga je in deze situatie de 'fout' voor het lopende HT-jaar corrigeren. Een 'fout' in een deelwaarneming kan immers een grotere fout in de massa illustreren.

Over de positie van deelwaarnemingen en hoe je omgaat met fouten in deelwaarnemingen heeft de NZa een brief gestuurd (d.d. 1 februari 2021, [bijlage A](#)). Daarin wordt uitgelegd hoe je in deze situatie kunt handelen. Bij een gevonden fout in een deelwaarneming maak je een impactanalyse (en eventueel verbeterplan). Onderdeel van de impactanalyse is de classificatie van de aangetroffen fout. Er zijn drie mogelijkheden:

1. De fout is incidenteel. De gevonden incidentele fout wordt gecorrigeerd en de bevinding is voldoende opgevolgd.
2. De fout is structureel, maar kan geïsoleerd worden. De geïsoleerde fouten worden gecorrigeerd.
3. De fout is structureel, maar kan niet geïsoleerd worden. Bij classificatie 3 geldt dat feitelijke fouten niet gevonden gaan worden en om die reden wordt dan, conform de brief van de NZa, de impact berekend door extrapolatie. De

1 Een deelwaarneming kan ook worden ingezet om te laten zien dat er sprake was van procesgerichte beheersing. Daar richt deze notitie zich niet op.
 2 Voor de definitie van restrisico verwijzen wij naar het Control Framework 4.0.

grote vraag is dan of dat berekende bedrag in de impactanalyse ook afgerekend moet worden. De NZa geeft aan dat het beantwoorden van die vraag maatwerk vraagt en dat daarbij het totaalbeeld van de beheersing van de zorgaanbieder in ogenschouw moet worden genomen.

De bestuurlijke commissie benadrukt dat bij het interpreteren van de uitkomst van een deelwaarneming allereerst de focus moet liggen op verbetering van het proces om fouten in de toekomst te voorkomen. Laat met een verbeterplan zien hoe de kans op fouten in de toekomst aanzienlijk wordt verkleind en laat dit plan en de snelheid waarmee de verbeteringen worden opgepakt ook meewegen in de afspraken die je onderling maakt als zorgverzekeraar en zorgaanbieder over het lopende HT-jaar.

Als een representerende zorgverzekeraar en zorgaanbieder samen besluiten om niet financieel af te rekenen, wordt dit wederzijds bestempeld als een acceptabel restrisico. Bij een acceptabel restrisico hoeven de zorgverzekeraars volgens het Controleprotocol Zvw deze fout ook niet op te nemen in de foutentabel.

Besluit

De 4 branchepartijen, vertegenwoordigd in de bestuurlijke commissie HT, hebben aangegeven de inhoud van de NZa-brief te onderschrijven en deze inhoud ook op te zullen nemen in het Control Framework 4.0.

De bestuurlijke commissie heeft verder besloten dat afronding van de HT-verantwoording lokaal moet plaatsvinden (maatwerk). Er komen géén landelijke/generieke afspraken over bijvoorbeeld percentages of bandbreedtes wanneer wel of niet moet worden afgerekend.

Overwegingen

Wel geeft de bestuurlijke commissie HT de volgende overwegingen mee voor de lokale HT-tafel.

Leidende principes

De leidende principes van HT moeten ook op de lokale HT-tafel het startpunt zijn van het gesprek. Het is belangrijk om elkaar de ruimte te geven, samen deze principes te reflecteren op de lokale situatie en om goed naar elkaar te luisteren. Alleen dan kan het wederzijds vertrouwen groeien.

Constructieve dialoog over corrigeren

Corrigeren hoort ook bij HT. In ieder geval voor zover dit gaat over het lopende HT-jaar. Oude jaren vallen per definitie buiten schot, maar fouten in een lopend HT-jaar moet je corrigeren. Samen moeten we ervoor zorgen dat corrigeren niet persé iets ergs is, maar juist hoort bij de hygiëne van het 'in control' zijn. Wel of niet afrekenen van een berekende impact als gevolg van bevindingen in een deelwaarneming wordt aan de lokale HT-tafel via een constructieve dialoog bepaald.

Totaalbeeld van de organisatie

Zoals de NZa ook beschreef moet ook het totaalbeeld van de beheersing binnen een zorgaanbieder meegewogen worden. Hoe is het gesteld met de totale beheersing van de zorgaanbieder? Is dit een incident, of zijn er iteratieve bevindingen over de jaren heen? Hoe gaat een aanbieder om met bevindingen? Wat is de kwaliteit van totale beheersing? Is er sprake van monitoring? Hoe werkt de PDCA-cyclus? Etc.

Balans tussen maatwerk en uniform handelen

Het is belangrijk het tweezijdige karakter van HT-afspraken te benadrukken. Afspraken maak je samen en ook de consequenties van die afspraken draag je samen. Wanneer je dat vergeet kan maatwerk gaan voelen als een ongelijke behandeling. Zeker wanneer blijkt dat een andere aanbieder of een andere zorgverzekeraar een andere inhoudelijke afspraak heeft gemaakt. En aangezien het gras bij de burens altijd groener lijkt wanneer je je daarop focust, benadrukken wij vooral het belang van een goede focus op de eigen situatie en de onderlinge relatie en afspraken (lokaal maatwerk).

Bijlage A: Brief NZa over positie deelwaarnemingen in HT



De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
GGZ Nederland
Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen
Zorgverzekeraars Nederland

In kopie aan APZ en Coziek

Newtonlaan 1-41
3584 BX Utrecht
Postbus 3017
3502 GA Utrecht
T 030 296 81 11
F 030 296 82 96
E info@nza.nl
I www.nza.nl

Behandeld door
dhr. E. Langeveld

Telefoonnummer
030 29 68 930

E-mailadres
info@nza.nl

Kenmerk
388848/823489

Onderwerp
Positie deelwaarnemingen binnen horizontaal toezicht (HT)

Datum
1 februari 2021

Geachte heer/mevrouw,

Binnen HT werken zorgaanbieders en zorgverzekeraars op basis van gefundeerd vertrouwen samen aan de rechtmatigheid van de beheersing van het CFW. En vooral hoe om te gaan met geconstateerde fouten in deelwaarnemingen, mede in relatie tot het Controleprotocol Zvw van de NZa.

De deelnemende partijen hebben recent aangegeven behoefte te hebben aan een nadere duiding van de positie van deelwaarnemingen binnen de beheersing van het CFW. En vooral hoe om te gaan met geconstateerde fouten in deelwaarnemingen, mede in relatie tot het Controleprotocol Zvw van de NZa.

Visie NZa over beheersing binnen HT

Beheersing binnen HT vindt bij voorkeur plaats door processen en procedures aan de voorkant goed in te richten. Dit vindt zo vroeg mogelijk in de registratie- en declaratieketen plaats en is ingebed in de zorgprocessen, inclusief beheersing van relevante IT-systemen¹. Hiermee staat het in één keer juist en tijdig registreren en declareren van rechtmatig geleverde zorg binnen HT centraal. Het gaat binnen HT primair om het 'in control zijn' en het 'continue verbeteren'. Geconstateerde tekortkoningen en/of fouten leiden dus primair tot het inrichten van een adequate verbetercyclus. Binnen HT is het sanctioneren van het verleden geen doel op zich, de primaire doelstelling is het aantonen van de aanwezige beheersing.

Positie deelwaarnemingen binnen HT

Het gebeurt in de praktijk frequent dat met de inzet van alleen een proces- en systeemgerichte aanpak de beheersing van één of meerdere risico's niet toereikend is en/of niet toereikend aangetoond kan worden. Dit leidt dan tot een niet aanvaardbaar restrisico, dat met behulp van zogenaamde gegevensgerichte werkzaamheden, bijvoorbeeld een

¹ Om te kunnen steunen op de werking van in de systemen opgenomen geprogrammeerde controles (application controls) zijn ook de general it controls (GITC's) van belang.

Nederlandse Zorgautoriteit

deelwaarneming², afgedekt wordt of gemitigeerd wordt tot een wel aanvaardbaar restrisico.

Kenmerk
388848/823489388848/8
23489

Pagina
2 van 4

Omgang met fouten in deelwaarnemingen

Het is, zoals eerder gezegd, geen zelfstandig doel om fouten op te sporen. Het is wel zo, dat als er fouten worden aangetroffen, het logisch is – en in lijn met het Controleprotocol Zvw – om geconstateerde fouten binnen het HT-proces te corrigeren voor het lopende verantwoordingsjaar³.

In het Controleprotocol Zvw is in paragraaf 2.6 onder andere opgenomen dat:

- *Gevonden fouten over het desbetreffende verantwoordingsjaar moeten worden gecorrigeerd.*
- *Indien de werking van de bepaalde beheersingsmaatregelen op de Midden en Hoge risico's in onvoldoende mate kan worden aangetoond, maakt de zorginstelling een impact-analyse. In deze analyse bepaalt de zorgaanbieder op basis van de impact of en welke vervolgwerkzaamheden worden uitgevoerd.*
- *Als er sprake is van acceptabele restrisico's (geen of laag restrisico) neemt de zorgverzekeraar geen fout of onzekerheid op zijn foutentabel.*

Mochten er fouten ontdekt worden in een deelwaarneming, dan dient de impact van die fout in kaart te worden gebracht. De zorgaanbieder bepaalt op basis van de aard en omvang van de aangetroffen fout de opzet en inhoud van de impact-analyse. Als onderdeel van de impactanalyse dient ook een classificatie van de aangetroffen fout plaats te vinden.

Wij zien drie mogelijkheden:

- De geconstateerde fout is op basis van de impactanalyse incidenteel. Uit de impactanalyse moet blijken dat de fout incidenteel van aard is. De gevonden (incidentele) fout wordt gecorrigeerd. Daarmee is de bevinding in voldoende mate opgevolgd en hoeft de gecorrigeerde fout niet opgenomen te worden in de foutentabel.
- De geconstateerde fout is op basis van de impact-analyse structureel. De zorgaanbieder heeft de mogelijkheid om de structurele fout te isoleren, bijvoorbeeld via een bestandsanalyse, en corrigeert de geïsoleerde fout. Daarmee is de bevinding in voldoende mate opgevolgd en hoeft de gecorrigeerde fout niet opgenomen te worden in de foutentabel.
- De geconstateerde fout is op basis van de impactanalyse structureel, maar de zorgaanbieder kan deze door de aard van

² Er zijn (soms) andere mogelijkheden, zoals het uitvoeren van een bestandsanalyse. Het afwegen van de effectiviteit en efficiency van een maatregel is primair aan de instelling, die dit afstemt met de representerende zorgverzekeraar. Daarnaast zijn in het handvat "Verantwoord verminderen" diverse alternatieve beheersingsvormen genoemd, waardoor het niet altijd noodzakelijk is om te kiezen voor een deelwaarneming. We gaan hier verder niet op in, omdat dit een casusspecifieke afweging vergt en dus maatwerk is.

³ Deelnemende partijen zijn binnen HT overeengekomen dat er geen correcties worden doorgevoerd op afgeronde verantwoordingsjaren. Niet werkende beheersmaatregelen kunnen ten hoogste effect hebben op het lopende (nog niet afgeronde) HT verantwoordingsjaar. De NZa is hiermee akkoord, gezien de doelstellingen van HT en de focus op beheersing.



Nederlandse Zorgautoriteit

de fout niet isoleren. Deze laatste situatie roept in de praktijk de meeste vragen op. Is er ruimte voor een maatwerkafpraak tussen de zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar of geldt hierbij de harde eis dat de geëxtrapoleerde fout altijd moet worden gecorrigeerd?

Kenmerk
388848/823489388848/8
23489

Pagina
3 van 4

Wat wij hierbij van belang vinden is dat het totaalbeeld⁴ van de beheersing door de zorgaanbieder in ogenschouw wordt genomen. Is er bijvoorbeeld sprake van een overwegend beheerst proces met een adequate verbetercyclus? Wat is de aard en (geschatte) omvang van de geconstateerde fout, mede in relatie tot het geconstateerde risico/proces en wat is een eventueel acceptabel restrisico? Welke signalen en/of overige informatie hebben de zorgaanbieder en/of zorgverzekeraar uit bijvoorbeeld data-analyse? En wat geeft die informatie aan? Wat is het toekomst- en verbeterperspectief van de specifieke processen? Is er recente(re) informatie beschikbaar, bijvoorbeeld vanuit 'continious monitoring'? En wat zegt dit over de wijze van beheersing?

Dit soort vragen kunnen een rol spelen in het bepalen of de berekende omvang van de fout afgerekend moet worden door de zorgaanbieder en of deze opgenomen wordt in de foutentabel⁵ door de zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Dit betreft maatwerk. De doelstelling van deze brief is erop gericht om bewegingsruimte te geven voor dit maatwerk, passend bij de doelstellingen van HT (o.a. gefundeerd vertrouwen, procesgericht, toekomstgerichte verbeteringen). Wij zijn ons ervan bewust dat zonder ruimte voor maatwerk, HT kan vervallen tot een lineair kader, waarbinnen mechanische keuzes het onderling vertrouwen eerder kunnen schaden dan versterken.

Als besloten wordt de geëxtrapoleerde fout vanwege de gezamenlijke afweging op basis van bovengenoemde factoren niet af te rekenen, wordt dit wederzijds bestempeld als een geaccepteerd risico. Bij een geaccepteerd risico hoeft volgens het Controleprotocol Zvw geen opname in de foutentabel plaats te vinden. De zorgaanbieder en de zorgverzekeraar leggen hun gezamenlijke afwegingen en besluit op transparante wijze vast.

Wij hopen hiermee voldoende ruimte te bieden om lokaal tot passende afspraken te komen.

⁴ De vragen die vervolgens in deze alinea zijn opgenomen, zijn bedoeld als voorbeeld en denkrichting. Het is geen limitatieve opsomming en het zijn ook geen vragen die persé allemaal op 'groen' zouden moeten staan. Dit is maatwerk en is ter beoordeling van het lokale overleg.

⁵ Hierbij geldt dat de in de deelwaarneming geconstateerde detailfouten altijd worden gecorrigeerd.

Nederlandse Zorgautoriteit

Tot slot

Wij hopen u toereikend te hebben geïnformeerd. Voor vragen kunt u terecht bij dhr. E. Langeveld RA, zijn gegevens staan in het briefhoofd.

Kenmerk
388848/823489388848/8
23489

Pagina
4 van 4

Met vriendelijke groet,
Nederlandse Zorgautoriteit,

mw. mr. drs. K. Raaijmakers
directeur Toezicht en Handhaving



HORIZONTAALTOEZICHTZORG

www.horizontaaltoezichtzorg.nl

info@horizontaaltoezichtzorg.nl