

# Controleplan Horizontaal Toezicht 20xx

Ziekenhuis X

## Inhoudsopgave:

Versiebeheer .....	3
1. Inleiding .....	4
1.1. Horizontaal toezicht en ziekenhuis X. ....	4
1.2. Doelen controleplan .....	4
1.3. Perspectief third line .....	4
2. Opbouw controleplan.....	5
2.1. Scope 2019 .....	5
2.2. Landelijke scope.....	5
2.3. Scope Ziekenhuis X.....	5
2.4. Governance structuur.....	5
2.5. Relevante Processen .....	6
2.6. Applicaties en systemen.....	7
2.6.1. HiX.....	7
2.6.2. ValueCare.....	8
2.7. Beheersprocessen .....	8
2.8. Relaties met externe partijen .....	8
2.9. Intern beheersingsmodel .....	9
2.10. Beheersingsomgeving.....	9
2.11. Risico inschatting .....	10
2.12. Beheersmaatregelen .....	10
2.13. Informatie en communicatie .....	11
2.14. Monitoring .....	12
3. Aanpak interne controle .....	13
3.1. Beoordeling opzet. ....	13
3.2. Vaststellen bestaan .....	13
3.3. Beoordelen werking.....	13
3.4. Controleaanpak afhankelijk van de aard van de beheersmaatregel .....	13
3.5. Omvang van de procesgerichte testwerkzaamheden gericht op werking .....	14
3.6. A-selecte sample selectie .....	14
3.7. Evaluatie van bevindingen .....	15
3.8. Opvolgen fout.....	15
3.9. Impact analyse.....	16
3.10. Werkprogramma .....	17
3.11. Vastlegging en dossiervorming .....	17
3.12. Afstemming bevindingen.....	17
3.13. Review .....	17
3.14. Terugkoppeling conclusies.....	17
3.15. Verantwoordelijkheden .....	17
4. Planning .....	19
5. Bijlagen:.....	19
5.1. Risk Assessment.....	19
5.2. Control FrameWork .....	19

## Versiebeheer

Versie	Door	Wat
0.1		Initiële versie gebaseerd op Controleplan 2018
1.0		Definitieve versie

### Gebruik:

Dit controleplan Horizontaal Toezicht is bedoeld voor intern gebruik binnen ziekenhuis X alsmede voor afstemming met de representerende zorgverzekeraars en de externe assurance providers.

## 1. Inleiding

Alvorens wordt ingegaan op het controleplan wordt eerst kort ingegaan op Horizontaal Toezicht (HT) en ziekenhuis X.

### 1.1. Horizontaal toezicht en ziekenhuis X.

Horizontaal Toezicht is een vorm van samenwerking tussen de zorgverzekeraars en een zorgaanbieder die steunt op vertrouwen, wederzijds begrip en transparantie in handelen. Binnen Horizontaal Toezicht werken partijen samen om de juistheid (incl. rechtmatigheid) tijdigheid en volledigheid van registratie en declaratie van zorg, in de processen aan de voorkant te borgen. Het ziekenhuis legt verantwoording af over opzet, bestaan en werking van een control framework dat gericht is op deze beheersdoelstellingen. Dit in tegenstelling tot de eerdere gegevensgerichte, achteraf controles zoals deze in de diverse Handreikingen Medisch Specialistische Zorg (MSZ) en de DOT Controle Module (DCM) en zogenaamde materiële controles werden en worden toegepast.

### 1.2. Doelen controleplan

In dit controleplan wordt inhoud gegeven aan de invulling van de onafhankelijke interne controlefunctie binnen ziekenhuis X, zoals uitgeoefend door de afdeling AOIC, welke functioneert als zogenaamde 'third line' in het kader van Horizontaal Toezicht. Dit controleplan is gericht op het tussentijds, en achteraf intern toetsen van bestaan en werking van de beheersmaatregelen zoals vastgelegd in het control framework 2019, gericht op juiste, tijdige en volledige registratie en declaratie van geleverde zorg in 2019.

Het doel van dit interne controleplan is het vooraf inplannen van de interne controlewerkzaamheden die moeten worden uitgevoerd om (tussentijds) een oordeel te kunnen vormen over de mate waarin de zorginstelling haar administratieve organisatie en interne beheersing rondom de registratie en declaratie van zorg op orde heeft. De monitoring van de interne beheersing is gericht op het behalen van een dusdanig niveau van interne beheersing, en verantwoording over deze beheersing, dat hierop gesteund kan worden door zowel de interne als externe belanghebbende, zoals het management van ziekenhuis X, de externe assurance providers en de representerende zorgverzekeraar.

### 1.3. Perspectief third line

De beheersomgeving binnen het kader van Horizontaal Toezicht steunt op de Three lines of defense model. Het uitgangspunt hierbij is dat de eerste lijn verantwoordelijk is voor de eigen processen en het uitvoeren van de beheersmaatregelen in de 'primaire (administratieve) processen'. De tweede lijn betreft de ondersteuning van de eerste lijn, waar bijv. de zogenaamde 'vierkantscontroles' worden uitgevoerd op basis van analyses. De derde lijn betreft de functie van de onafhankelijke interne controlefunctie, welke toetst of de eerste en tweede lijn de controles in en over de processen zichtbaar uitvoeren, bevindingen vastleggen en verbetermaatregelen nemen. Om de kwaliteit van de interne beheersing te borgen dient de internal audit onafhankelijk te zijn in het uitvoeren van haar werkzaamheden en het rapporteren van haar bevindingen. De rol van de onafhankelijke interne controle functie vormt de invalshoek van dit controleplan.

## 2. Opbouw controleplan

In dit controleplan zal eerst de scope van dit controleplan worden bepaald. Daarna wordt een beschrijving gegeven van de administratieve organisatie en de interne beheersing. Vervolgens zal de aanpak van de controlewerkzaamheden op hoofdlijnen worden toegelicht. Tenslotte wordt beschreven op welke wijze de resultaten uit deze controlewerkzaamheden worden gedeeld.

Bij het opstellen van dit intern controleplan Horizontaal Toezicht is waar mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande kaders die zijn opgesteld ten aanzien van dit onderwerp, zoals het document 'Control Framework', opgesteld door het Platform Horizontaal Toezicht en normen zoals gehanteerd door de externe assurance providers.

### 2.1. Scope 2019

De scope van dit controleplan omvat de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersmaatregelen gericht op juiste, tijdige en volledige registratie en declaratie van zorg gedurende het betreffende kalenderjaar.

### 2.2. Landelijke scope

"*Horizontaal Toezicht richt zich op de rechtmatigheid van de zorguitgaven. Dit gaat enerzijds over correct registreren en declareren en anderzijds over gepast gebruik van zorg.*" aldus [horizontaaltoezichtzorg.nl](http://horizontaaltoezichtzorg.nl). Ten aanzien van het aspect 'gepast gebruik' wordt een ingroeimodel gehanteerd. Vanaf 2020 zal, naar verwachting, het toetsingskader 'gepast gebruik' als onderdeel van HT gereed zijn. Voor 2019 komt dit aspect nog beperkt aan bod in bijvoorbeeld de 'landelijke risicolijst' en is nog niet uitgewerkt in de afgestemde aanpak rondom HT, zoals beschreven in het document 'Control framework 3.0'. Contractuele afspraken tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder ten aanzien van bijvoorbeeld kwaliteit, innovatie en efficiency van zorg vallen überhaupt niet onder HT. De landelijke scope van HT wordt in onderstaande figuur weergegeven (Bron: [horizontaaltoezichtzorg.nl](http://horizontaaltoezichtzorg.nl)).



De toegepaste beheersmaatregelen ten behoeve van het mitigeren van de risico's zoals beschreven in het control framework van ziekenhuis X hebben in lijn met bovenstaande betrekking op de processen contracteren, registreren, samenvatten, afleiden en declareren van Medisch Specialistische Zorg.

### 2.3. Scope Ziekenhuis X

Alleen de beheersmaatregelen zoals beschreven in het met de representerende zorgverzekeraar afgestemde control framework van ziekenhuis X, dat gericht is op de risico's welke in de gezamenlijke risicobeoordeling (risk assessment) 2019 door ziekenhuis X en de representerende zorgverzekeraar zijn gekwalificeerd als 'middel' of 'hoog' zijn in scope. De maatregelen zijn gericht op alle mutaties in 2019 in de hierboven genoemde processen met betrekking tot de MSZ, ongeacht het schadelastjaar van de DBC.

### 2.4. Governance structuur

Binnen ziekenhuis X wordt de governance ten aanzien van risico's en de beheersing daarop vorm gegeven aan de hand van het 'three lines of defense-model'.

#### *1st line of defense*

Registratie van patiëntgegevens, zorgactiviteiten, diagnoses en andere voor de declaratie van belang zijnde variabelen worden geregistreerd in het HiX van Chipsoft. HiX is een van de meest gebruikte systemen van Nederland. Chipsoft volgt de Nederlandse wet- en regelgeving nauwgezet. Op grond van de (dwingende) manier van registratie in HiX en het

zoveel mogelijk toepassen van dezelfde procedures en werkinstructies op alle locaties wordt, in min of meerdere mate, afgedwongen dat de registratie conform de vigerende wet- en regelgeving wordt uitgevoerd.

De 1st line of defense wordt gevormd door de medisch specialisten en zorgprofessionals, met hierop aanvullend de polimedewerkers, medisch secretaresses en planners als ondersteuning. De registratie-activiteiten kunnen nader worden onderverdeeld in het vastleggen van:

- Poliklinische zorgactiviteiten;
- Diagnostische activiteiten;
- Diagnoses;
- Klinische zorgactiviteiten;
- Operatieve zorgactiviteiten.

Veel van de beheersmaatregelen gericht op het juist, tijdig en volledig registreren en declareren van zorg worden (gedeeltelijk) uitgevoerd of ondersteund door de tool ValueCare. Hierbij worden de door ValueCare gesignaleerde 'fouten' teruggelegd bij de bron.

#### *2nd line of defense*

De spin in het web aangaande de controles op de juiste, volledige en tijdige registratie en declaratie van verleende zorg is met name de afdeling ZorgControl. Alvorens de zorg kan worden geregistreerd en gedeclareerd bepaalt ZorgControl jaarlijks de impact van de nieuwe releases van de NZa. In overleg met de 1ste lijn alsook functioneel applicatie beheer wordt, waar nodig, de inrichting van het ZorgInformatieSysteem (HiX), na testen, aangepast. ZorgControl maakt afspraken over de door de 1ste lijn uit te voeren controles en ziet toe op een juiste naleving. Dat gebeurt met name door de signaallijsten in HiX en ValueCare op te (laten) volgen. Pas nadat alle signalen zijn opgevolgd worden de voorlopige verrichtingen gefiatteerd ten einde deze in het declaratieproces op te nemen. De financiële administratie verwerkt de door zorgcontrol aangeboden trajecten en zorgactiviteiten tot een juiste en volledige factuur.

#### *3rd line of defense*

Ten einde de beheersing van de controledoelstellingen juistheid, tijdigheid en volledigheid van de registratie en declaratie van DBC- en Overige Zorgproducten aantoonbaar te kunnen maken wordt op grond van dit controleplan periodiek bestaan en werking van de uitgevoerde beheersmaatregelen beoordeeld door de auditors van de afdeling AO/IC. Deze AO/IC-auditors rapporteren rechtstreeks aan de manager Financiën & Control en de raad van bestuur van het concern Ziekenhuis X en hebben daarmee een onafhankelijke positie binnen ziekenhuis X.

### 2.5. Relevante Processen

Voor dit controleplan zijn met name de volgende bedrijfsprocessen relevant:

- **Contracteren:** Ziekenhuis X sluit contracten met alle zorgverzekeraars. Hierin worden de prijsafspraken voor de verschillende zorgproducten en de omzetplafonds vastgesteld. Op basis van deze tarieven wordt er gedeclareerd.
- **Registreren:** Bij aanvang van de behandeling van een patiënt wordt er een zorgtraject geopend. Aan ieder zorgtraject wordt de diagnose (en de leeftijd en andere patiëntgegevens) gekoppeld. Elk zorgtraject wordt weer onderverdeeld in meerdere, declarabele subtrajecten. Binnen dit subtraject worden zorgactiviteiten geregistreerd die gedurende de behandeling uitgevoerd worden.
- **Samenvatten:** Deze stap betreft het afsluiten van DBC-subtrajecten en het koppelen van zorgactiviteiten aan een subtraject.
- **Afleiden:** Met behulp van de landelijke Grouper worden DBC-zorgproducten en add-ons (de declarabele prestaties) afgeleid uit de door ziekenhuis X aangeboden zorginformatie.

- **Factureren:** Op basis van de aanlevering vanuit de Grouper wordt een facturatiebestand aangemaakt.
- **Declareren:** Het facturatiebestand van de vorige stap wordt gecontroleerd en voor declaratie aangeboden.

## 2.6. Applicaties en systemen

In onderstaande tabel zijn de applicaties opgenomen die gebruikt worden voor de registratie en declaratie van Medisch Specialistische Zorg.

Applicatie	Omschrijving
HiX	Geïntegreerd ZorgInformatieSysteem (ZIS) / ElectronischPatëntenDossier (EPD) van leverancier Chipsoft, dat gebruikt wordt voor dossiervoering, zorgadministratie, patiëntenlogistiek en planning, alsook voor de registratie en declaratie van de geleverde zorg. Chipsoft conformeert zich hierbij volledig aan de Nederlandse wet- en regelgeving.
Aan HiX aanleverende systemen	Voor radiologie (PACS van leverancier Philips) en apotheek (CGM Apotheek van leverancier CompuGroupMedical) wordt er gebruik gemaakt van systemen welke geheel of semi-geautomatiseerd aan HiX zijn gekoppeld.
ValueCare	Dagelijkse signalering van risico's in de registratie, genereert actielijsten. Data worden elke nacht ingelezen vanuit HiX.

### 2.6.1. HiX

Buiten de zorginhoudelijke registratie vindt in HiX ook de registratie, het samenvatten (afsluiten), het afleiden en het declareren van de geleverde zorg plaats. De registratie omvat onder meer de registratie van de zorgvraag, welke wordt vastgelegd in een zorgtraject met een specifieke (ICD-10- en DBC-) diagnose. De geleverde zorg wordt, in HiX, geregistreerd aan de hand van landelijk geldende zorgactiviteiten. Omdat een zorgtraject veelal een lange(re) doorlooptijd kent wordt de geleverde zorg periodiek gedeclareerd. Hiertoe sluit HiX op grond van de landelijke regels het onderliggende subtraject. De 'waarde' van de geleverde zorg, het zorgproduct, wordt afgeleid door de landelijke grouper aan de hand van de aan het subtraject gekoppelde zorgactiviteiten en de (DBC) diagnose. Het zorgproduct wordt vervolgens, door HiX gedeclareerd met het tarief zoals met de betreffende zorgverzekeraar overeengekomen.

Bij iedere bovengenoemde stap vinden er in HiX ook de primaire rechtmatigheidscontroles plaats. In geval er door HiX een fout wordt gesignaleerd komt de betreffende fout op een signaallijst. HiX kent een aantal categorieën van signaallijsten te weten basisfouten (waaronder de diagnose), afsluitfouten, grouper- en hervalidatiefouten en factuurfouten. Als een zorgactiviteit of andere trajectparameter op een van deze foutenlijst voorkomt, dan blokkeert HiX de declaratie van het betreffende subtraject. HiX is daarmee een zeer sterke beheersmaatregel.

Ziekenhuis X levert zorg op diverse locaties. Deze zorg wordt voornamelijk geregistreerd in HiX van ziekenhuis X. Voor een relatief klein deel van de maakt ziekenhuis X gebruik van het ZiekenhuisInformatieSysteem van het gastziekenhuis. Gastziekenhuizen zijn het Ziekenhuis Z te X en het Ziekenhuis Y te X. Beide ziekenhuizen maken gebruik van HiX. Facturatie van deze zorg vindt plaats door HiX van ziekenhuis X. Ten einde deze zorg van de nevenlocaties te kunnen declareren vindt er een data overdracht (zorgtrajecten, diagnose, zorgactiviteiten, patiënt- en verzekeringsgegevens) plaats tussen de Hix-en van de nevenlocaties naar HiX van ziekenhuis X.

### 2.6.2. ValueCare

ValueCare vervult een belangrijke rol in het control framework van ziekenhuis X, doordat het systeem beheersingsmaatregelen ondersteunt waarmee de medewerker vroeg in het proces zijn risico's kan beheersen, de manager kan monitoren en de organisatie zich kan verantwoorden en compliant is. ValueCare voert dagelijks geautomatiseerde controles uit over de data van HiX Ziekenhuis X. Uit deze controles volgen concrete verbeteracties. Deze worden via een geavanceerde toewijzingsmethodiek bij de verantwoordelijke medewerker neergelegd. Deze dagelijkse controle aan de bron leidt tot een lerend vermogen van de organisatie en tot een verbeterde bronregistratie. Daarnaast faciliteert het systeem, de three lines of defense bij het uitvoeren en monitoren van een deel van de beheersmaatregelen zoals benoemd in het control framework.

### 2.7. Beheersprocessen

De verwerkingsprocessen voor het tot stand komen van de declaraties aan zorgverzekeraars worden in belangrijke mate ondersteund door geautomatiseerde gegevensverwerking met behulp van (deels) in eigen beheer ontwikkelde applicaties. De eindverantwoordelijkheid voor de IT-omgevingen van Ziekenhuis X is belegd bij de afdeling Informatisering & Automatisering, van waaruit het beheer van de IT-omgeving wordt verzorgd. Dit betreft zowel het functioneel beheer als de exploitatie en het beheer van de applicaties en IT-infrastructuur. Binnen deze IT-beheerprocessen van Ziekenhuis X zijn eveneens de beheersingsmaatregelen van algemene aard, die betrekking hebben op de automatiseringsomgeving, de zogenaamde general IT controls opgenomen. Deze zien met name toe op logische toegangsbeveiliging, autorisatiebeheer beschikbaarheidsmanagement en wijzigingsbeheer.

### 2.8. Relaties met externe partijen

Een aantal van de in dit hoofdstuk vermelde diensten kent afhankelijkheden met externe partijen (zogenaamde bronorganisaties). In de bijlage 'Externe bronorganisaties en systemen' is een overzicht opgenomen van deze relaties en de daarbij relevante systemen.



## 2.9. Intern beheersingsmodel

Ziekenhuis X heeft zich als doel gesteld een organisatiestructuur, beheersingskader en beheersingsbewustzijn in zijn organisatie te realiseren, waarmee ziekenhuis X in staat is op structurele en blijvende wijze een aantoonbaar kwalitatief goede gegevensverwerking te realiseren. De doelstelling is 100% rechtmatige declaraties die tijdig ingediend worden.

Bij de inrichting en toetsing van het interne beheersingssysteem steunt de organisatie in belangrijke mate op de afdeling(en) ZorgControl en de Financiële administratie. De verantwoordelijkheid voor het toetsen van het gerealiseerde kwaliteitsniveau is belegd bij de afdeling ZorgControl en de afdeling AO/IC.

Het interne beheersingssysteem van ziekenhuis X kan worden beschouwd aan de hand van het model dat is beschreven in het COSO-rapport 2. Zie voor een grafische weergave van dit model de afbeelding hieronder.



Figuur: het COSO-model

De indeling van dit hoofdstuk is gebaseerd op het COSO-model. De volgende samenhangende elementen worden achtereenvolgens behandeld:

1. beheersingsomgeving;
2. risico-inschatting;
3. beheersingsactiviteiten;
4. informatie en communicatie;
5. monitoring en borging.

## 2.10. Beheersingsomgeving

Binnen de gehele Ziekenhuis X wordt juiste, tijdige en volledige registratie als een belangrijke doelstelling gezien. Dit wordt ook uitgedragen door de raad van bestuur, en heeft geleid tot de koploperspositie die ziekenhuis X inneemt op bijvoorbeeld het vlak van Horizontaal Toezicht. Medewerkers in zowel het primaire proces als de ondersteunende diensten worden gestimuleerd om te leren en ontwikkelen op het gebied van juiste, tijdige en volledige registratie. Er is daarnaast veel aandacht voor privacy van patiëntgegevens, er is een privacy reglement en er worden periodiek controles uitgevoerd op dit thema. Daarnaast is er voor verschillende beroepsgroepen een gedragscode.

Ziekenhuis X heeft een informatiebeveiligingsbeleid conform de NEN-norm 7510:2011. Er is continu uitgebreide aandacht voor de beveiliging van de opslag, verwerking en uitwisseling van informatie. Ziekenhuis X ziet dit als een belangrijke verantwoordelijkheid als onderdeel van de patiëntenzorg. De kliniek heeft een commissie informatiebeveiliging en twee security officers. Ziekenhuis X maakt gebruik van een jaarlijkse planning- en control cyclus, deze is ingericht op het ondersteunen van een transparante en doelmatige bedrijfsvoering.

Ziekenhuis X heeft een kwaliteitsmanagement systeem dat ISO 9001:2008 gecertificeerd is. Op deze manier toont de organisatie aan dat zij aantoonbaar haar processen beheert en

bestuurt. Door deze certificering is ook de cyclische aanpak van verbeteren middels de plan-do-check-act van de Deming circle binnen de organisatie bekend en geborgd.

### 2.11. Risico inschatting

Integraal risicomanagement binnen ziekenhuis X is gericht op het beheersen van de risico's ten aanzien van de realisatie van de organisatiedoelstellingen. In het kader van Horizontaal Toezicht, worden de risico's ten aanzien van de doelstellingen juistheid, volledigheid en tijdigheid van registratie en declaratie van geleverde zorg geïnventariseerd. Dit proces vindt deels plaats aan de hand van procesanalyse waarbij de de landelijke risicolijst wordt gebruikt om om volledigheid van risico's te waarborgen. Bij het uitvoeren van het instellings-specifieke risk assessment wordt bepaald welke generieke en instellings-specifieke risico's van toepassing zijn, en hoe het risico te kwalificeren is (hoog, midden of laag). Het instellings-specifieke risk assessment wordt afgestemd met de zorgverzekeraars en bepaalt mede de scope van de werkzaamheden in het kader van Horizontaal Toezicht. Wanneer gedurende het jaar relevante wijzigingen plaats vinden, bijvoorbeeld in wet- en regelgeving, of afspraken met zorgverzekeraars worden deze beoordeeld op impact op het risico voor ziekenhuis X op het vlak van de hierboven genoemde beheersdoelstellingen. Indien naar aanleiding hiervan wijzigingen in het control framework nodig zijn worden deze voor zover mogelijk uiterlijk in het volgende kwartaal doorgevoerd in afstemming met de representerende zorgverzekeraar.

### 2.12. Beheersmaatregelen

Om de risico's te beheersen maakt ziekenhuis X gebruik van verschillende middelen. Er zijn handmatige, geautomatiseerde en deels geautomatiseerde beheersmaatregelen (waaronder analyses op datalijsten en deelwaarnemingen). Een groot deel van de beheersmaatregelen die ingezet worden zijn controles vanuit ValueCare en HiX. Alle relevante beheersmaatregelen ('controls') zijn beschreven in het control framework van ziekenhuis X.

Hierin worden de beheersmaatregelen beschreven die zijn getroffen om de beheersingsdoelstellingen te realiseren, gericht op de middelhoge en hoge risico's uit het risk assessment zoals afgestemd met DE REPRESENTERENDE ZORGVERZEKERAR in het kader van Horizontaal Toezicht. Hierbij geldt dat per beheersingsdoelstelling uitsluitend die beheersmaatregelen zijn opgenomen die cruciaal zijn voor het realiseren van de betreffende beheersingsdoelstelling, waarbij door ziekenhuis X de keuze is gemaakt voor een stelsel van preventieve en detectieve beheersingsmaatregelen die elkaar (deels) kunnen complementeren.

De volgende soorten beheersingsmaatregelen worden onderkend:

1. Handmatige beheersingsmaatregelen: beheersingsmaatregelen die procedureel zijn belegd en die door medewerkers van ziekenhuis X worden uitgevoerd. Denk aan werkinstructies, interne richtlijnen, specifieke analyses, periodieke deelwaarnemingen etc.,
2. Geautomatiseerd beheersingsmaatregelen: beheersingsmaatregelen die in geautomatiseerde toepassingen (applicaties) zijn opgenomen met als doel betrouwbare en continue gegevensverwerking te waarborgen (ook wel 'application controls' genoemd).
3. Deels geautomatiseerde beheersingsmaatregelen: beheersingsmaatregelen die procedureel zijn belegd en door medewerkers van ziekenhuis X worden uitgevoerd, waarbij bij de uitvoering van de beheersingsmaatregel in belangrijke mate op output van geautomatiseerde gegevensverwerking wordt gesteund. Het betreft veelal de handmatige opvolging van geautomatiseerd gegenereerde signalen.
4. Soft controls zijn maatregelen die die van invloed zijn op bijvoorbeeld de motivatie, loyaliteit, integriteit, normen en waarden van de medewerkers. Dit type beheersmaatregelen maken vooralsnog geen onderdeel uit van het control framework van ziekenhuis X.
5. General IT Controls: algemene beheersingsmaatregelen gericht op de automatiseringsomgeving van Ziekenhuis X. Deze maatregelen hebben als doel de

betrouwbaarheid en continuïteit van de geautomatiseerde gegevensverwerking te waarborgen en ervoor zorg te dragen dat systemen werken zoals bedoeld en beveiligd zijn tegen ongewenste toegang.

### 2.13. Informatie en communicatie

De informatieverstrekking en communicatie omtrent risico's en de beheersing daarvan gebeurt in ziekenhuis X voor een belangrijk deel vanuit de afdeling ZorgControl. Deze afdeling is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het control framework en de communicatie hierover. De belangrijkste communicatie verloopt via de structurele overleggen met het managementteam van de verschillende afdelingen, waar de manager ZorgControl als vaste deelnemer aanwezig is. Ook is er een key-user overleg met afgevaardigden van de betrokkenen op de werkvloer. Hierin worden ook de gewenste wijzigingen in HiX besproken. Voor het structureren van de wijzigingen wordt de applicatie Topdesk gebruikt en bij wijzigingen betreffende ValueCare controles het portaal van ValueCare. Daarnaast brengt de afdeling geregeld quick reference cards uit ter ondersteuning van de meest belangrijke en meer complexe registraties. Daarnaast beheert de afdeling ook werkinstructies voor diverse centrale registraties.

De afdeling AO/IC rapporteert, vanaf het moment van overeenstemming met de representerende zorgverzekeraar over het control framework van het relevante kalenderjaar, per kwartaal aan het betrokken lijnmanagement, en jaarlijks aan de raad van bestuur over de door haar uitgevoerde controles op opzet, bestaan en werking van de beheersmaatregelen, zoals vastgelegd in het control framework.

Per kwartaal vindt een voortgangsgesprek plaats met de representerende zorgverzekeraar. Deelnemers aan deze besprekingen zijn de contactpersonen van de representerende zorgverzekeraar en deelnemers vanuit de afdelingen Zorgcontrol, FA en AO/IC. Hierin worden de risico's (risk assessment), en resultaten van bijvoorbeeld deelwaarnemingen gedeeld, maar ook de resultaten op de werkzaamheden door AO/IC op de werking van de interne beheersmaatregelen zoals benoemd in het control framework (aan de hand van het controlememo van AOIC). De zorgverzekeraars delen in de bespreking de informatie uit hun eigen controles.

In het kader van de governance van risks en controls en de communicatie hierover met betrokkenen zijn met name de documenten van belang zoals deze in onderstaande tabel zijn opgenomen:

Document	Eigenaar	Doelgroep
Risk Assessment	ZorgControl	Lijnmanagement* + HT-relaties**
Control Framework	ZorgControl	Lijnmanagement* (+ evt. HT-relaties**)
Intern Controleplan HT	AO/IC	Lijnmanagement* (+ evt. HT-relaties**)
Controle memo AOIC HT per kwartaal	AO/IC	Lijnmanagement* + RvB (alleen Q4)
Kwartaal rapportage Horizontaal Toezicht	ZorgControl	HT-relaties** + Lijnmanagement*

\* F&C

\*\*representerende verzekeraar(s)

#### 2.14. Monitoring

De afdelingen ZorgControl en AO/IC zijn verantwoordelijk voor de monitoring van het registratie- en declaratieproces in ziekenhuis X. Ziekenhuis X maakt voor de monitoring gebruik van diverse middelen, waaronder interne controles op de werking van beheersmaatregelen door AO/IC. Voor monitoring dichter op het primaire proces wordt veelal gebruik van het online portaal van ValueCare. Hierin is op elk moment inzichtelijk waar werkafspraken wel/niet gevolgd worden. Dit geeft medewerkers de mogelijkheid om snel en gericht afwijkingen te corrigeren en geeft de afdeling ZorgControl en het management grip op de omvang en plek van de risico's die in de organisatie aanwezig zijn. Het management krijgt met behulp van managementrapportages inzage in hoe de organisatie in control is op de relevante risico's en waar in het proces of bij welke medewerker acties liggen. Zij worden daarmee in staat gesteld om gericht te sturen als risico's niet opgelost worden.

Om ervoor te zorgen dat de juiste risico's worden beheerst vindt, afgezien van het jaarlijkse overall risk assessment, o.a. vier keer per jaar overleg plaats met de Risicocommissie ValueCare. De commissie bestaat uit de manager F&C, het hoofd ZorgControl, de managers Bedrijfsvoering en Zorg en een director van ValueCare, en heeft de volgende taken:

- Sturing van het risk-controlframework en bijbehorende beheersingsmaatregelen,
- Afstemming over welke risico's ondervangen worden met welke beheersingsmaatregelen, dus welke (geautomatiseerde) controles actief zijn en wie de bijbehorende acties verwerkt.
- Bewaking of beheersingsmaatregelen daadwerkelijk worden uitgevoerd. Dit betekent dat wordt vastgesteld of er niet te veel acties openstaan, acties tijdig worden verwerkt en de instroom van acties afneemt.
- Het zorgen voor maatregelen wanneer blijkt dat beheersingsmaatregelen onvoldoende worden uitgevoerd.

De dagelijkse werkzaamheden rondom ValueCare zijn belegd bij de afdeling ZorgControl. Zij zijn aanspreekpunt voor het ontwikkelen en testen van controles en zorgen voor de afstemming met de rest van de organisatie. De consultant van ValueCare komt hiervoor periodiek (meerdere keren per jaar) naar ziekenhuis X. De afdeling ZorgControl heeft ook de verantwoordelijkheid om op operationeel niveau een aantal controles dagelijks of wekelijks uit te voeren en openstaande acties weg te werken. Dit wordt zowel via ValueCare als via HiX gedaan. Waar mogelijk is het wegwerken van de acties belegd in het primaire proces. Dit zal de komende periode nog verder uitgebreid worden.

De afdeling AO/IC is als 3rd line of defense belast met het monitoren van de opzet, bestaan en werking van de beheersmaatregelen in scope, zoals uitgevoerd door de 1st en 2nd line of defense. Dit doet zij door periodiek controles uit te voeren en hierover te rapporteren, zoals beschreven in hoofdstuk 3 van dit controleplan.

### 3. Aanpak interne controle

Doel van dit controleplan is het gedurende het jaar 2019 monitoren van de interne beheersing. Dit gebeurt door middel van periodieke controles op basis waarvan een oordeel kan worden gegeven over opzet, bestaan en werking van de beheersmaatregelen in scope in het kader van Horizontaal Toezicht. De aanpak van de interne controlewerkzaamheden die hierop zijn gericht is afhankelijk van de aard van de beheersmaatregel, het risicoprofiel en de frequentie. Voor zover opzet en bestaan van een beheersmaatregel voor 2017 reeds zijn beoordeeld door de externe assurance provider (assurance rapport) en als afdoende zijn beoordeeld, zullen t.a.v. deze beheersmaatregelen door AO/IC geen werkzaamheden meer worden verricht m.b.t. 'opzet' en 'bestaan'. Voor deze aspecten zal dan gesteund worden op de assurance-verklaring van de externe assurance provider.

Wanneer gedurende het jaar nieuwe beheersmaatregelen worden geïmplementeerd, of bestaande beheersmaatregelen in opzet worden aangepast, zal deze nieuwe beheersmaatregel, of gewijzigde opzet, echter wel door AO/IC beoordeeld worden op de aspecten opzet en bestaan, alvorens het testen van de werking van de maatregelen kan worden uitgevoerd.

#### 3.1. Beoordeling opzet.

Om vast te stellen of een beheersmaatregel het beoogde risico in voldoende mate beheerst dient de toereikendheid van de opzet beoordeeld te worden. Hiertoe worden de beheersmaatregelen gericht op een bepaald risico in samenhang beoordeeld. Hierin wordt tevens gekeken naar het proces waarin de beheersmaatregel zich bevindt. Deze beoordeling van de opzet wordt per beheersmaatregel vastgelegd waarbij onderbouwd wordt dat de verschillende aspecten van een risico afdoende worden beheerst door de maatregelen die gericht zijn op dit risico, zodanig dat een acceptabel laag restrisico resteert. Deze beoordeling wordt afgestemd met de representerend zorgverzekeraar bij het vaststellen van het control framework. Bij het vaststellen van het control framework door de representerend zorgverzekeraar stemt deze in met de toereikendheid van de opzet van de beheersmaatregelen die hierin zijn opgenomen.

#### 3.2. Vaststellen bestaan

Het vaststellen van het bestaan van een beheersmaatregel gebeurt door het uitvoeren van een lijncontrole van het proces waarin deze maatregel zich bevindt. Hierbij wordt gecontroleerd aan de hand van de beschrijving van de beheersmaatregel en vastleggingen van de uitvoering, zoals prints screens, parafen, toelichtingen, etc., of de beheersmaatregel is uitgevoerd zoals beschreven. Wanneer het een meer 'losstaande' beheersmaatregel betreft, zoals een maandelijks uitgevoerde deelwaarneming/steekproef, wordt eenmalig vastgesteld dat deze wordt uitgevoerd conform beschrijving, zonder een expliciete lijncontrole uit te voeren voor het grotere proces waarbinnen deze wordt uitgevoerd.

#### 3.3. Beoordelen werking

Om de consequente werking van een beheersmaatregel kan op verschillende manieren beoordeeld worden. Onder andere kan dit door gebruik te maken van data-analyse en/of deelwaarnemingen.

#### 3.4. Controleaanpak afhankelijk van de aard van de beheersmaatregel

De aard van de beheersmaatregelen wordt, in navolging van de richtlijnen opgesteld door het platform Horizontaal Toezicht onderscheiden in handmatige beheersmaatregelen, deels geautomatiseerde beheersmaatregelen (IT-dependent controls), application controls, soft controls en general IT-controls. Het type beheersmaatregel is bepalend voor de methoden die gebruikt kunnen worden om de werking te beoordelen.

- Handmatige beheersmaatregelen. De werking van de handmatige beheersmaatregelen wordt getest d.m.v. een deelwaarneming. Binnen deze deelwaarneming wordt gebruik gemaakt van zowel inspectie als (gedeeltelijke) 'reperformance' van de uitgevoerde maatregel. Aan de hand van inspectie van bij de beheersmaatregel gebruikte documenten, of vastlegging in systemen kan de goede werking worden onderzocht. Indien nodig kan middels een zogenaamde 'reperformance test' waarin de

beheersmaatregel 'opnieuw' wordt uitgevoerd, een oordeel worden gevormd over de effectieve uitvoering van de te controleren samples van de uitgevoerde beheersmaatregelen, conform de omschrijving van de beheersmaatregel in het control framework (norm).

- Deels geautomatiseerde beheersmaatregelen betreffen deels geprogrammeerde controles waarvoor middels een IT audit vastgesteld wordt of het geprogrammeerde deel van de controle overeenkomstig de te beoordelen opzet bestaat (en dus werkt). De werking van het handmatige deel wordt getest door middel van een 'test of control' ('procesgerichte deelwaarneming'). Waarbij wordt getest of de uitvoering conform de omschrijving van de beheersmaatregel in het control framework (norm) en juist gebeurt, op de wijze zoals hierboven beschreven voor handmatige beheersmaatregelen.
- application controls betreffen geprogrammeerde maatregelen, waarvan na beoordeling van de opzet, middels positieve en negatieve testen moet worden getoetst of de maatregel overeenkomstig de opzet bestaat en functioneert. Met het vaststellen van het bestaan van een geprogrammeerde controle is tevens de werking vastgesteld, indien deze in de periode waarover de werking wordt vastgesteld niet is gewijzigd én waarbij gesteund kan worden op IT General Controls.
- Soft controls zijn maatregelen die die van invloed zijn op bijvoorbeeld de motivatie, loyaliteit, integriteit, normen en waarden van de medewerkers. Deze maken vooralsnog geen onderdeel uit van het control framework van ziekenhuis X.
- General IT Controls zijn algemene beheersmaatregelen die randvoorwaardelijk zijn voor het werken van applicationcontrols en IT-dependent controls. Deze worden vooralsnog beoordeeld door de externe assurance provider (DE EXTERNE ASSURANCE PROVIDE).

### 3.5. Omvang van de procesgerichte testwerkzaamheden gericht op werking

Voor het bepalen van het aantal malen dat een beheersmaatregel op jaarbasis wordt getest op werking wordt onderstaande tabel gehanteerd.

#### *frequentie*

Ten behoeve van het bepalen van de frequentie van de beheersmaatregel wordt de omschrijving van de beheersmaatregel gebruikt zoals deze vast ligt in het control framework, zoals genoemd in paragraaf 2.1 Scope 2019. Wanneer de frequentie op basis van de omschrijving (bijv. 'iedere 14 dgn') niet aansluit bij een frequentie zoals genoemd in onderstaande tabel, wordt zekerheidshalve de eerstvolgende hogere frequentie uit de tabel gebruikt (bijv. wekelijks), zodat altijd ten minste de aantallen uit onderstaande tabel<sup>1</sup> worden getest.

Minimale omvang deelwaarneming	
Jaarlijks	1
Per kwartaal (jaareinde + 1)	1+1
Maandelijks	2
Wekelijks	5
(Meer dan) Dagelijks	25

Deelwaarnemingen dienen evenredig over het jaar verdeeld te zijn.

### 3.6. A-selecte sample selectie

Voorafgaand op het uitvoeren van de specifieke testwerkzaamheden wordt op aselecte wijze bepaald welke kwartalen, maanden en weken, etc worden geselecteerd. Hierbij is het van belang dat de geselecteerde items een goede spreiding kennen over de periode waarover getest gaat worden.

<sup>1</sup> Een en ander conform het door het landelijke platform HT opgestelde 'Control Framework 3.0'.

*Gegevensgerichte deelwaarneming binnen (procesgerichte) testwerkzaamheden op werking*  
Wanneer een enkele uitgevoerde beheersmaatregel een groot aantal te beoordelen aspecten bevat, zoals een lijst met op te volgen signalen, kan binnen de procesgerichte werkzaamheden met betrekking tot de werking van de maatregel, een gegevensgerichte deelwaarneming worden uitgevoerd om de juistheid van de opvolging in de geselecteerde periode te beoordelen. Zie voor het bepalen van de omvang van de gegevensgerichte deelwaarneming de tabel in paragraaf 'gegevensgerichte deelwaarneming' hieronder. Voor dergelijke en andere deelwaarnemingen waar grotere aantallen worden getrokken, wordt in het werkprogramma beschreven hoe de selectie plaatsvindt, van waaruit wordt geselecteerd en hoe de populatie gerangschikt is bij de selectie. De vastlegging in het dossier is hierbij zodanig, dat o.b.v. de audittrail kan worden vastgesteld hoe de trekking is uitgevoerd. Ten behoeve van het aselect selecteren kan gebruik worden gemaakt de functie 'A-select' in Excel. Ofschoon deze methode ook nadelen kent, zoals het niet kunnen 'reperformen' van de trekking (minder transparant), wordt het gezien de efficiency van deze methode, en de onafhankelijke rol van AO/IC verantwoord geacht deze methode te gebruiken in de interne controle. Sample selectie op basis van interval selectie of een andere aselecte methoden is ook toegestaan t.b.v. de interne controle.

### 3.7. Evaluatie van bevindingen

Wanneer de interne beheersmaatregelen worden getoetst is het mogelijk dat de werking hiervan afwijkt van de in opzet beschreven maatregelen. Als dit zich voordoet dienen deze bevindingen te worden beoordeeld, waarbij voor elke bevinding of een groep van soortgelijke bevindingen de evaluatie wordt vastgelegd.

Niet elke bevinding bij de test op de werking van de beheersmaatregel betreft een fout. In het kader van deze controle wordt een bevinding als 'fout' aangemerkt als de (beperkte) afwijking ten opzichte van de opzet van de beheersmaatregel tot gevolg heeft dat het betreffende risico niet of onvoldoende beheerst wordt, terwijl dit wel het geval zou zijn als de maatregel conform opzet zou zijn uitgevoerd. In de foutenevaluatie n.a.v. de controle wordt tevens beoordeeld of de fout incidenteel of structureel is. Met de verantwoordelijke voor het proces wordt hiertoe de fout geanalyseerd. Op basis van professional judgement van de interne auditor wordt vervolgens beargumenteerd bepaald wat de consequentie is van de fout. Betreft het een incidentele fout, dan wel een structurele fout? Zijn er andere mitigerende maatregelen t.a.v. het specifieke risico? etc. etc.

Wij spreken van een structurele fout als de oorzaak van de fout ligt in (onderdelen van) het systeem van uitvoering, waardoor fouten bij herhaling kunnen optreden. De impact van een structurele fout dient bepaald te worden middels een impactanalyse. Dit kan bijvoorbeeld door te kijken naar de specifieke periode dat (het onderdeel van) het proces/systeem niet goed gewerkt heeft, of naar het onderdeel van het systeem dat niet goed gewerkt heeft, en te bepalen wat hiervan de impact is geweest op de juistheid en volledigheid van de geregistreerde en gedeclareerde zorg.

Wij spreken van een incidentele fout als het een toevallige fout betreft. Kenmerkend voor een incidentele fout is dat in principe geen herhaling optreedt van de geconstateerde fout.

### 3.8. Opvolgen fout

Wanneer tijdens de controle geconstateerd is dat een beheersmaatregel niet afdoende werkt, of de werking niet aantoonbaar kan worden gemaakt, wordt onderzocht op welke wijze de kans op herhaling van deze fout/tekortkoming kan worden gemitigeerd. De daartoe voorgestelde maatregel wordt vastgelegd in het controlememo evenals de opvolging van de geconstateerde tekortkoming. Deze kan bestaan uit het alsnog, met terugwerkende kracht, juist uitvoeren van de beheersmaatregel, of het uitvoeren van andere compenserende maatregelen indien nodig. Detailbevindingen m.b.t. zowel structurele als incidentele fouten m.b.t. het lopende verantwoordingsjaar voor HT worden gecorrigeerd. Daarnaast wordt een impactanalyse uitgevoerd n.a.v. de geconstateerde fout.

### 3.9. Impactanalyse

Wanneer een beheersmaatregel niet heeft gewerkt zal een impactanalyse worden uitgevoerd. Hierin wordt beoordeeld wat de impact is van het niet werken van de beheersmaatregel, in termen van aantallen/bedragen onjuist/onvolledig geregistreeerde en/of gedeclareerde zorg. Pas indien dit nodig wordt geacht, en na afstemming met de manager F&C, zullen ten aanzien van de risico's die onvoldoende worden beheerst, gegevensgerichte controlewerkzaamheden worden verricht om te onderzoeken wat de impact is van de fout in het proces op de juistheid, tijdigheid en volledigheid van de geregistreeerde en gedeclareerde zorg.

#### Gegevensgerichte deelwaarneming (detailcontrole)

Bij het niet werken van een beheersmaatregel wordt het hiermee samenhangende restrisico beoordeeld door de afdeling AOIC. Afhankelijk van de omvang van dit restrisico kan in afstemming met de manager F&C en de afdeling ZorgControl, besloten worden tot het doen van een gegevensgerichte deelwaarneming ten behoeven van een impactanalyse n.a.v. een geconstateerde tekortkoming in een beheersmaatregel. Doel hiervan is om te onderzoeken of de populatie, ondanks het niet werken van de beheersmaatregel evengoed wel voldoet op een bepaald criterium, of om een beter beeld te krijgen van de impact van het niet werken van de beheersmaatregel. In deze gegevensgerichte deelwaarneming wordt dan gecontroleerd op het specifieke aspect(en) van juistheid, tijdigheid en volledigheid dat niet aantoonbaar wordt beheerst.

Ook kan gegevensgericht gewerkt worden binnen het testen van de werking van een uitgevoerde beheersmaatregel, waarin een grote hoeveelheid items gecontroleerd moet worden op een bepaald aspect. Bijvoorbeeld of alle signalen van een wekelijkse signaallijst juist zijn opgevolgd. Een fout wordt dan t.b.v. de deelwaarneming gedefinieerd als een onjuistheid met (te verwachten) financiële impact.

De omvang van de deelwaarneming wordt bepaald aan de hand van onderstaande richtlijnen, afkomstig van het landelijk Platform Horizontaal Toezicht.

Zie onderstaande tabel, gebaseerd op richtlijnen van het platform Horizontaal Toezicht Zorg.

<b>Omvang deelwaarneming, bij detailcontroles, gericht op:</b>			
<b>Midden risico's</b>		<b>Hoge risico's</b>	
10% van het aantal items		10% van het aantal items	
Minimaal: 25 items	Maximaal: 100 items	Minimaal: 25 items	Maximaal: 250 items
Indien het risico al deels wordt gemitigeerd door andere beheersmaatregelen kan in afstemming met de representerende zorgverzekeraar het aantal items worden verlaagd.			
Bron: Control Framework 3.0 platform Horizontaal Toezicht Zorg			

Wanneer in een gegevensgerichte deelwaarneming een of meerdere fouten worden geconstateerd zal de impact van deze bevinding(en) beoordeeld moeten worden. Bijvoorbeeld a.d.h.v. een statistisch verantwoorde steekproef, of een integrale controle, om een beter beeld te krijgen van de impact van de bevinding. Pas wanneer onderbouwd kan worden dat het restrisico m.b.t. de bevinding 'laag' is, hoeft geen verder onderzoek en/of correctie plaatst te vinden.

Iedere geconstateerde detailbevinding m.b.t. het lopende verantwoordingsjaar voor HT wordt gecorrigeerd op microniveau (indien nodig d.m.v. creditering en herdeclaratie). Tevens wordt gekeken naar procesaanpassingen ter voorkoming in de toekomst.



### 3.10. Werkprogramma

Voor zover van toepassing wordt het werkprogramma, per beheersmaatregel vastgelegd in het dossier van AOIC, te benaderen via het control framework.

### 3.11. Vastlegging en dossiervorming

De uitgevoerde controlewerkzaamheden van de interne controlefunctie worden vastgelegd in een (digitaal) dossier. T.b.v. het overzicht wordt de conclusie van de controlewerkzaamheden per beheersmaatregel vastgelegd in een exceloverzicht dat is gebaseerd op het control framework HT. De vastlegging is van een dermate detail-niveau dat, o.b.v. de vastlegging van het gevolgde proces en de gebruikte documenten, een andere auditor de controle opnieuw kan uitvoeren met dezelfde uitkomst als resultaat. Van belang is dat uit de vastlegging blijkt met welk doel, met behulp van welke informatiebronnen, op welke werkwijze, met welke diepgang tot welke conclusie is gekomen. Per uitgevoerde controle worden daartoe tenminste de volgende aspecten vastgelegd: Doel, conclusie, gebruikte gegevensbronnen, uitgevoerde werkzaamheden (aanpak) en bevindingen die daarbij gedaan zijn. Om praktische redenen is het raadzaam in de vastlegging zoveel mogelijk door middel van 'links' aan te geven waar de gebruikte brondocumenten zijn opgeslagen.

Bij de vastlegging wordt bovendien de privacy van patiënten gerespecteerd door zoveel als mogelijk persoonsgegevens onleesbaar te maken, met behoud van kenmerken die van belang zijn ten behoeve van de dossiervorming (bijv. patiëntnummer) en de audittrail.

### 3.12. Afstemming bevindingen

De bevindingen worden voor zover mogelijk afgestemd met de 1st / 2nd line of defense om de juistheid van de bevinding te toetsen. Indien nodig worden verbetermaatregelen geformuleerd door de verantwoordelijke managers van de betreffende processen (veelal manager F&C, FA en ZorgControl) en voorzien van een deadline.

### 3.13. Review

Om de kwaliteit van de controlewerkzaamheden te borgen wordt onderscheid gemaakt tussen het uitvoeren en de review van de controlewerkzaamheden. De afspraak hierbij is dat uitvoeren en review van de werkzaamheden niet door dezelfde persoon wordt gedaan. De review wordt vastgelegd in hetzelfde format als waarin de controlewerkzaamheden zelf zijn vastgelegd.

### 3.14. Terugkoppeling conclusies

De conclusies van de interne controlewerkzaamheden worden, tezamen met de bevindingen, verbetervoorstellen, foutevaluatie en de uitgevoerde correcties periodiek (per kwartaal) gerapporteerd aan de managers F&C, FA en ZorgControl, als verantwoordelijk lijnmanagers van de uitvoerende processen (registratie en declaratie) en jaarlijks aan de raad van bestuur van ziekenhuis X. Deze rapportages/memo's worden ter afstemming eerst in concept gedeeld met de betrokken lijnmanagers, alvorens deze wordt gedeeld met de raad van bestuur en evt. de representerend zorgverzekeraar(s).

### 3.15. Verantwoordelijkheden

Het proces rondom de beheersing van de risico's ten aanzien van juistheid, tijdigheid en volledigheid van de verantwoording van de geleverde zorg kent diverse taken en verantwoordelijkheden. Deze worden ten behoeve van het overzicht globaal weergegeven in onderstaande tabel.

Taak	Verantwoordelijk
Opstellen Risk Assessment	ZorgControl / AOIC
Toetsen Risk Assessment	Repr. Zorgverzekeraar

Opstellen en evt. tussentijds updaten Control Framework (o.b.v. 'normenkader/risicolijst' en afgestemd 'riskassessment')	ZorgControl / OA/IC (o.b.v. input ZorgControl)
Toetsen Control Framework	Repr. Zorgverzekeraar
Opstellen Intern Controleplan HT	AO/IC
Uitvoeren interne controles HT op opzet bestaan en werking van de beheersmaatregelen zoals benoemd in het control framework, incl. dossiervorming	AO/IC
Benoemen herstel en verbeteracties n.a.v. bevindingen interne controle	Lijnmanagement (F&C, ZorgControl / FA)
Opstellen Rapportage/controlememo interne controle HT per kwartaal	AO/IC
Bewaken opvolging herstel en verbeteracties	AO/IC, Lijnmanagement (F&C, Zorgcontrol/FA)
Opstellen Kwartaal rapportage Horizontaal Toezicht	ZorgControl/ AOIC
Bespreken Kwartaal rapportage Horizontaal Toezicht	ZorgControl, FA, AO/IC, Zorgverzekeraars
Tijdig plannen en aankondigen assurance werkzaamheden	Externe assuranceprovider
Tijdig duidelijk maken wat verlangd wordt van Ziekenhuis X t.b.v. assurance verklaring (COS3000)	Externe assuranceprovider
Opstellen assurance rapportages m.b.t. opzet, bestaan en werking beheersmaatregelen controlframework	Externe assuranceprovider
Toeziën op het proces van interne beheersing en Horizontaal toezicht op basis van rapportages Interne Controle HT	Manager F&C (kwartaal rapportages) raad van bestuur (jaarrapportage Q4)

#### 4. Planning

De planning van de interne controlewerkzaamheden in het kader van Horizontaal Toezicht is beschikbaar in de digitale mappenstructuur van AOIC.

#### 5. Bijlagen:

##### 5.1. Risk Assessment

Zie digitale mappenstructuur van AOIC.

##### 5.2. Control Framework

Zie digitale mappenstructuur van AOIC.