

Eindevaluatie en eindadvies Fase F (deel 1, 2 en 3)

Van: Werkgroep Evaluatie Fase F
Datum: Juni 2025
Status: Definitief

Opdracht

Als werkgroep hebben wij opdracht gekregen de pilot Fase F te evalueren en hierover te adviseren. Onze opdracht luidt als volgt:

- A. Toets de praktijk van Fase F aan de opgestelde kwalitatieve evaluatiecriteria.
- B. Stelt vast of Fase F van toegevoegde waarde is en adviseer de brancheorganisaties of fase F definitief kan worden ingebed in het Control Framework van Horizontaal Toezicht Zorg.
- C. Adviseer op welke onderdelen/afspraken Fase F in de uitvoering én in de opzet nog verbeterd kan worden en doe voorstellen voor het aanpassen van de bijbehorende documentatie.
- D. Adviseer of per 2025 nieuwe zorgaanbieders kunnen worden toegevoegd aan Fase F.

De evaluatie hebben wij opgedeeld in drie delen:

- Deel 1: 1 april 2024 – 1 juli 2024: tussenevaluatie op basis van evaluatiecriteria (nog zonder ervaringen over verantwoordingsproces) → adviseren over wel of geen nieuwe aanbieders per 2025.
- Deel 2: 1 juli 2024 – 1 oktober 2024: adviseren over updaten afspraken Fase F.
- Deel 3: 1 oktober 2024- 1 april 2025: eindevaluatie op basis van evaluatiecriteria (nu inclusief ervaringen over verantwoordingsproces) → adviseren over definitief maken Fase F en eventuele laatste updates afspraken Fase F.

Dit document bevat de integrale uitkomsten van deel 1, 2 en 3. Fase F is niet van toepassing op de Forensische Zorg (FZ) en de FZ is geen onderdeel van de pilot geweest. We laten de FZ in deze evaluatie daarom buiten beschouwing.

Werkgroep

Vanuit de zorgverzekeraars namen de volgende vertegenwoordigers deel aan deze werkgroep:

-  (Menzis)
-  (Zilveren Kruis)
-  (CZ)
-  (VGZ)
-  (DSW)

Aan de werkgroep namen ook alle aanbieders deel van de eerste lichting Fase F. De volgende personen namen deel namens de zorgaanbieders:

- CWZ (repr. zv. VGZ): [REDACTED]
- BovenIJ (repr. zv. Zilveren Kruis): [REDACTED]
- Erasmus MC (repr. zv. Zilveren Kruis): [REDACTED]
- Zuyderland (repr. zv. CZ): [REDACTED]
- Rijnstate, inclusief Vitalys (repr. zv. Menzis): [REDACTED]
- Dimence (repr. zv. Zilveren Kruis): [REDACTED]
- ZGT (repr. zv. Menzis): [REDACTED]
- Antonius Sneek (repr. zv. Zilveren Kruis): [REDACTED]
- Flevo Ziekenhuis (repr. zv. Zilveren Kruis): [REDACTED]

Werkwijze

Alle zorgverzekeraars en zorgaanbieders in de werkgroep hebben in deel 1 hun ervaringen binnen Fase F vertaald naar een eigen evaluatie op basis van de evaluatiecriteria 1, 3, 4, 6 en 7. Criteria 2 en 5 kunnen het pas beoordeeld worden na de verantwoordingsfase. Alle eigen evaluaties zijn samengevoegd en besproken in de werkgroep. De werkgroep heeft daar gezamenlijk de kernpunten uitgefilterd en dat verwoordt in een gezamenlijke evaluatietekst per criterium. Ook zijn als resultaat van deel 1 adviezen geformuleerd. In de losse bijlage het resultaat van Evaluatie deel 1 (datum: 2 juli 2024). Op basis van deel 1 is Fase F per 2025 ook opengesteld voor nieuwe zorgaanbieders:

- Gelre ziekenhuizen (repr. zv. Zilveren Kruis)
- Isala (repr. zv. Zilveren Kruis)
- Ziekenhuis Rivierenland (repr. zv. Zilveren Kruis)
- Mediant (repr. zv. Menzis)
- Reinier de Graaf (repr. zv. DSW)
- GGZ Delfland (repr. zv. DSW)

Deze nieuwe zorgaanbieders zijn niet aan de werkgroep toegevoegd.

In deel 2 hebben wij de adviezen uit deel 1 besproken. In samengestelde subgroepen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars zijn de adviespunten voorbereid en van uitwerking/opvolging voorzien. In bijlage A bij dit document zijn de resultaten hiervan weergegeven (datum: 4 januari 2025).

In deel 3 hebben wij alle criteria nogmaals gezien, maar nu inclusief de ervaringen uit de verantwoordingsfase. Ook hier heeft de voorbereiding plaatsgevonden in subgroepen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Ook criteria 2 en 5 konden nu meegenomen worden. De eerste beoordelingen zijn aangevuld. In deze rapportage de definitieve beoordeling.

Samenvatting beoordeling criterium 1

1. Er is aantoonbaar sprake van minder administratielast in de verantwoording, door o.a. minder rapportages en een andere rol van de zorgverzekeraar. Het aantal reviews/reperformance is inderdaad tot het minimale beperkt.

Zorgverzekeraars ervaren een duidelijke vermindering van administratielast door Fase F. Er is minder beoordelingswerk en het vervallen van de afstemming met de tweede zorgverzekeraar beperkt ook de administratielast.

Voor zorgaanbieders wordt de administratieve lastenvermindering vooral op het externe proces ervaren. Er zijn minder formele verplichtingen (zoals tussenrapportages) en de reperformance door de zorgverzekeraar is vervallen. Dit zorgt voor een duidelijke lastenverlichting. Intern blijven de processen voor zorgaanbieders doorgaans gelijk. HT is een belangrijk instrument voor het interne toezicht. In fase F hebben zorgaanbieders meer eigen regie op de planning en dat is positief.

Het proces tussen representerende zorgverzekeraar en zorgaanbieder verloopt ook soepeler in fase F. Er zijn minder formele verplichtingen en daardoor is er meer ruimte voor inhoudelijke interactie. De doorlooptijden zijn ook verkort, met name door het wegvallen van de tweede zorgverzekeraar.

Er wordt nog geen verlichting ervaren bij het opstellen van de eindrapportage. De werkgroep vindt dat niet verwonderlijk, omdat in het eerste jaar extra tijd is gaan zitten in het nadenken wat wel en niet in basisrapportage moet staan. Die last zal naar verwachting over de jaren heen afnemen.

Er zijn wel zorgen over het ontstaan van nieuwe administratieve lasten. Bijvoorbeeld als het gaat om het signalenproces. Hoe zorgen we ervoor dat het signalenproces niet wordt ingezet als compensatie voor een minder directe betrokkenheid van de zorgverzekeraar bij de zorgaanbieder? Dit is een aandachtspunt bij het vervolg.

Samenvatting beoordeling criterium 2

2. De effecten behaald door Fase F hadden niet bereikt kunnen worden in Fase E.

De werkgroep is van mening dat deze effecten niet bereikt hadden kunnen worden zonder Fase F. Het benadrukt namelijk de beweging die we willen en moeten maken met Horizontaal Toezicht. En het geeft de mogelijkheid om meer uit te zoomen en afspraken en werkwijzen te herijken. Door Fase F als aparte fase neer te zetten, creëer je een natuurlijk moment om anders te gaan handelen. En dat hebben wij in de pilots ook terug gezien:

- Tweede zorgverzekeraar staat op afstand en dat kan niet in Fase E.
- Zorgaanbieder en representerende zorgverzekeraar trekken nog meer op als sparringspartners.
- Fase F zorgt voor meer focus op kernpunten en minder op details. Door minder tijd kwijt te zijn als formele verplichtingen, is er meer ruimte voor het goede gesprek.
- Fase F geeft de gelegenheid om betere afspraken te maken over de planning en het geeft de zorgaanbieders meer eigen regie.

Samenvatting beoordeling criterium 3

3. Zorgverzekeraars hebben minder betrokkenheid met primaire processen zorgaanbieder.

Zorgverzekeraars staan binnen Fase F daadwerkelijk meer op afstand van het primaire proces van de zorgaanbieder. Het meer uitzoomen geeft een beter gesprek over de inhoud van processen en het interne toezicht, zonder teveel in details te belanden. Omdat de werkzaamheden van de zorgverzekeraar deels zijn vervallen, kan er soms wel een druk ervaren worden door de 2,5/3^e lijn. Zij zijn nu immers de laatste schakel in het toezichtsproces. De werkgroep benadrukt dat de feitelijke werkzaamheden van de 2,5/3^e lijn niet veranderen ten opzichte van fase E en dat er dus geen sprake kan zijn van extra werkzaamheden.

Wel benadrukt de werkgroep dat een representerende zorgverzekeraar wel tot op zekere hoogte geïnformeerd moet blijven over processen in het ziekenhuis, zodat je binnen HT gelijkwaardige sparringpartners blijft en kunt inzoomen als zich issues voordoen.

Betrokkenheid is goed, bemoeienis niet.

Er is in Fase F een groter gevoel van gelijkwaardigheid tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. Het gesprek wordt ook volwassener. Dat brengt ons dichterbij de bedoeling van HT.

Ten aanzien van de signalering benadrukt de werkgroep dat Fase F (net als in Fase E) een tweezijdige signalering kent. Zorgverzekeraars kunnen signaleren, maar ook zorgaanbieders zelf. Dat is onderdeel van de volwassen relatie in Fase F.

Samenvatting beoordeling criterium 4a

4. Afstemmings- en acceptatieprocessen verlopen efficiënter. Bijvoorbeeld door afstand tweede zorgverzekeraar.

a) aanmeld- en toelatingsproces

Het aanmeld- en toelatingsproces is in het algemeen soepel verlopen tussen de representerende zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De positieve intenties van beide kanten (zorgverzekeraar en zorgaanbieder) en de onderlinge gesprekken over de criteria hebben hier positief aan bijgedragen. Het verlenen van decharge door zorgverzekeraars heeft voor sommige aanbieders wel lang geduurd. Er was vooral tussen zorgverzekeraars nog wat onduidelijkheid. De tweede zorgverzekeraar (en daarmee ook de andere zorgverzekeraars) neemt afstand en dat is een zwaarwegende stap. Het is belangrijk om transparant te zijn over dat gesprek.

De toelatingscriteria die in deel 2 zijn geüpdatet zijn volgens de werkgroep nu goed. Er is geen verdere aanpassing nodig. Deze toelatingscriteria kunnen ook een belangrijk onderdeel zijn van interne zelfevaluaties. Het is goed om partijen daar op te wijzen. In het dechargeproces zijn een aantal aanscherpingen doorgevoerd en ook de planning is verbeterd. Dat was volgens de werkgroep ook nodig. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars goed blijven uitleggen aan zorgaanbieders waar decharge voor dient.

Samenvatting beoordeling criterium 4b

4. Afstemmings- en acceptatieprocessen verlopen efficiënter. Bijvoorbeeld door afstand tweede zorgverzekeraar.

b) reguliere HT-processen

Het afstemmings- en acceptatieproces verloopt nu efficiënter doordat de rol van de tweede zorgverzekeraar in fase F is komen te vervallen. Ook doorlooptijden zijn korter. Verder zorgt het vervallen van de tussentijdse (kwartaal)rapportages voor efficiencywinst. Door het vervallen van de reviews/reperformance is de verantwoordingsfase ook beduidend efficiënter verlopen.

Er is soms nog onduidelijkheid over welke stukken wanneer moeten worden aangeleverd. Daar heeft deel 2 een verduidelijkingsvoorstel voor geformuleerd. Verder geeft de werkgroep als suggestie om meer guidance of goede voorbeelden van verantwoordingsrapportages Fase F te delen. Dat kan behulpzaam zijn bij de bepaling van de juiste diepgang / het juiste detailniveau van verantwoording. Dit helpt nieuwe zorgaanbieders in Fase F. Verder was bij sommige pilots wel sprake van aanloopplanningen die langer duurden. Om planningen te halen is het advies het herijkingsproces van het Control Framework voor de start een het nieuwe jaar af te ronden.

Samenvatting beoordeling criterium 5

5. Het signalenproces is van toegevoegde waarde en is geen compensatie voor het meer op afstand staan van de zorgverzekeraars.

Het signalenproces moet zich nog bewijzen. Op dit moment is er geen aanleiding om te veronderstellen dat er sprake is van een compensatie voor het meer op afstand staan van de zorgverzekeraar.

Wel maakt de werkgroep bij dit punt twee opmerkingen:

- Het is van groot belang dat signalen vanuit zorgverzekeraars worden gekanaliseerd via de representerende zorgverzekeraar, conform het landelijke signalenproces. De representerende zorgverzekeraar is dan ook een filter voor deze signalen en kan beoordelen of het terechte signalen zijn of niet.
- Ook in Fase F is sprake van een tweezijdige signalering. Vanuit zorgaanbieders wordt verwacht dat zij, vanuit een volwassen relatie met de representerende zorgverzekeraar, zelf signaleren en zaken bespreekbaar maken.

Samenvatting beoordeling criterium 6

6. HT-processen worden in Fase F tijdiger afgerond dan in Fase E. Denk aan Controleplan en afsluiting HT-jaar.

We constateren dat de HT-stappen die worden doorlopen in Fase F inderdaad tijdiger worden afgerond. Dit geldt voor alle stappen in HT, dus ook de verantwoordingsfase. Het vervallen van de tweede zorgverzekeraars en het vervallen van de reviews levert een duidelijke tijdswinst op.

Een aantal Fase F zorgaanbieders zaten al in Blok 1. Voor hen is de eindplanning niet veel gewijzigd. Voor aanbieders in blok 2 en 3 is het versnellen van de eindverantwoording meer een uitdaging. Het is ambitieus om alle Fase F aanbieders voor 1 maart af te ronden. Soms kiest de aanbieder er zelf voor om daarin iets te vertragen. De werkgroep merkt hierbij op dat zorgaanbieders voor bepaalde onderdelen soms ook afhankelijk zijn van derden (bijvoorbeeld t.a.v. IT). De vraag is dan of deze derden voldoende kunnen meebewegen met deze ambitieuze planning. Volgens de werkgroep is 1 april een reële deadline om de verantwoording van alle Fase F zorgaanbieders af te ronden.

De uitdaging voor zorgverzekeraars zal ook steeds groter worden als meer aanbieders overgaan op Fase F. Dan concentreert het zwaartepunt zich op kwartaal 1.

Er kan volgens de werkgroep nog een belangrijke tijdswinst geboekt worden als alle aanbieders de herijking van het Control Framework vóór het nieuwe jaar afronden.

Samenvatting beoordeling criterium 7

7. De lagere intensiteit van de contacten heeft geen negatieve invloed op kwaliteit van de afspraken en tijdigheid van processen.

Niet alle zorgaanbieder hebben een lagere intensiteit van de contacten ervaren. Maar waar dit wel zo is, heeft dit geen negatieve invloed gehad op de kwaliteit van de afspraken en tijdigheid van processen. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders zoeken samen naar een juiste dosering van de contacten. De inhoud van de gesprekken kennen binnen Fase F wel een andere bijpassende focus en dat is positief. We zien daarin ook de effecten van het grotere gevoel van gelijkwaardigheid.

Fase F zorgt voor een beter en gelijkwaardiger gesprek en geeft ruimte om uit te zoomen. De informele contacten zijn enorm belangrijk: de afspraak is om elkaar niet te verrassen. Dus bijvoorbeeld met signalen niet wachten tot het rapportagemoment, maar gelijk contact opnemen.

Conclusie

De werkgroep beoordeelt Fase F op alle van toepassing zijnde criteria zeer positief. Er is in het algemeen minder administratielast, processen verlopen efficiënter, de kwaliteit van HT blijft behouden en er is een groter gevoel van gelijkwaardigheid. Fase F kan volgens de werkgroep formeel onderdeel worden van het HT-raamwerk.

Bijlage A: opvolging aanbevelingen uit advies Fase F deel 1

Van: Werkgroep Evaluatie Fase F
Datum: 4 januari 2025
Status: Definitief

In de evaluatie Fase F deel 1 zijn ook een aantal adviezen opgenomen. De werkgroep besprak deze adviezen op 7 november 2024, 3 december 2024 en 28 januari 2025. Hieronder de uitkomst van deze besprekingen. Dit vormt input voor evaluatie Fase F deel 2 en voor de update van het kaderdocument over Fase F.

A. Het doel is niet minder contact tussen een zorgverzekeraar en zorgaanbieder, maar het doel is elkaar beter begrijpen, beter maken en positief stimuleren door het goede gesprek te voeren. Het aantal contacten op zichzelf is geen goede graadmeter. Het gaat om de inhoud van die contacten. Het is belangrijk om dit te benadrukken.

Voorstel is om dit vrij in te inrichten, waarbij de aanbeveling is om niet alleen aan begin en eind van een verantwoordingsperiode contact te hebben, maar juist ook een keer tussendoor. De insteek van die gesprekken is ook anders. Je bespreekt de rapportage, maar staat ook stil bij aanpak en belang van goede oorzaakanalyse. Je kunt in het tussentijdse gesprek ook verwachtingen afstemmen over inhoud van de rapportage en wijzigingen doornemen in de organisatie, processen of systemen. Suggestie: contact in oktober (tussentijds gesprek) en begin van het nieuwe jaar bij afronding van de verantwoording.

G. Het is belangrijk om zowel aan de kant van zorgaanbieders als aan de kant van zorgverzekeraars de deskundigheid, objectiviteit en capaciteit te bewaken en hier elkaar ook op aan te spreken indien nodig.

Als er een wissel is in het kernteam, moet tijdig contact op worden genomen met andere partij. De rapportage is een goede graadmeter van de kwaliteit van de zorgaanbieder. Ook voor de zorgverzekeraar geldt dat de kwaliteit kan blijken uit het dossier dat door andere zorgverzekeraars kan worden ingezien en onderdeel is van de joint audit.

Het is belangrijk dat een kernteam aan de kant van de zorgverzekeraar ook een niet fase F instelling bediend, zodat totale inhoud van alle stappen in het Control Framework ook eigen blijft voor een zorgverzekeraar. Het is belangrijk een open en volwassen houding te hebben naar elkaar en elkaar aan te spreken als er zorgen zijn over de deskundigheid, objectiviteit en/of capaciteit. Het is belangrijk dat het escalatieproces aan de kant van de zorgverzekeraars bij HT-betrokkenen bekend is.

B. Het is nodig om duidelijk te formuleren welke stukken wanneer moeten worden afgestemd/opgeleverd.

C. Dit geldt ook voor het moment wanneer het Control Framework moet worden afgestemd met de zorgverzekeraar. Wordt er nu wel of niet verwacht dat er van tevoren een geüpdatet Control Framework wordt afgestemd? Een groot deel van de werkgroep adviseert om duidelijk op te schrijven dat het vooraf afstemmen van het Control Framework wel wenselijk is. Volgens hen is het niet logisch het Control Framework pas bij de jaarrapportage af te stemmen. De teksten dienen volgens hen op dit punt te worden verduidelijkt. Het andere deel van de werkgroep wil de huidige werkwijze handhaven. Zij ziet hierin wel de mogelijkheid dat er bilateraal afspraken worden gemaakt over het moment van afstemming.

Samengevat zijn de documenten om vooraf op te leveren:

- Jaarplan: overkoepelend plan met highlights, eventuele wijzigingen in de organisatie, het toezicht of in belangrijke processen en een beschrijving hoe omgegaan wordt met significante wijzigingen in regelgeving. Ook geeft het jaarplan een overzicht van de belangrijkste wijzigingen in controleplan. → Dit document is ter beoordeling door de representerend zorgverzekeraar.
- Controleplan/werkprogramma: beschrijving van de controle-aanpak/het werkprogramma in het betreffende jaar → ter informatie voor de zorgverzekeraar.
- Control Framework (incl ITGC): overzicht met alle risico's, prioritering en de oorzakenanalyse. → ter informatie voor de zorgverzekeraar.

Achteraf wordt een jaarrapportage opgeleverd. Ook hierover moet overeenstemming komen met de representerende zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar stuurt bij overeenstemming een afrondingsbrief.

In de bijgevoegde excel zijn de documenten beschreven en welke inhoud in welk document kan worden verwacht.

De tekst van de afrondingsbrief is aangepast op fase F.

- D. Het is aan te bevelen gezamenlijke procesafspraken te maken voor verschillende scenario's die zich kunnen voordoen tijdens het proces tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bij de toelating naar Fase F.**
- E. Het is aan te bevelen gezamenlijke procesafspraken te maken voor verschillende scenario's die zich kunnen voordoen tijdens het proces tussen zorgverzekeraars onderling bij het verlenen van decharge.**

Hier speelt ook een imagovraag. Als iemand op een lijst staat en afvalt lijkt een zorgaanbieder niet volwassen genoeg.

We onderscheiden drie scenario's:

1. Representerende zorgverzekeraar vindt dat er niet aan de voorwaarden wordt voldaan om over te gaan op fase F. De zorgaanbieder vindt van wel.
2. Representerende zorgverzekeraar en de zorgaanbieder vinden beiden dat er aan de voorwaarden wordt voldaan om over te gaan op fase F. De overige zorgverzekeraars of een deel daarvan niet.
3. De zorgaanbieder trekt zichzelf terug en ziet af van de overgang naar fase F.

We spreken af dat bij scenario 1 en 3 de aanbieder ook niet op een landelijke lijst met potentiële Fase F kandidaten. De twee partijen die het met elkaar eens moeten zijn (en elkaar ook goed kennen) zijn het namelijk nog niet eens.

Scenario 2 moet zoveel mogelijk worden voorkomen. In scenario 2 spreken we af dat een zorgaanbieder een referentie aanbieder erbij mag vragen. De representerende zorgverzekeraar mag de tweede zorgverzekeraar erbij vragen.

- F. Er is meer duidelijkheid gewenst over de inrichting van het signalenproces. En hoe met signalen wordt omgegaan in de HT-relatie.**

We gaan uit dat hier bedoeld wordt signalen vanuit de zorgverzekeraar. De representerende zorgverzekeraar is het kanaal om signalen door te geven aan een zorgaanbieder. Andere zorgverzekeraars doen dit dus niet direct, maar altijd via de representerende zorgverzekeraar. De representerende zorgverzekeraar bepaalt of een signaal ook daadwerkelijk naar de zorgaanbieder gaat. De tekst in het fase F document moet hierop verduidelijkt worden.

Een signaal geldt alleen voor lopende jaar en verder (ook al is vorige jaar nog niet afgerond qua verantwoording). Signalen hebben een prospectief doel en het gaat om de verbetercyclus. Signalen zijn ook al mogelijk in fase E. Ze worden hoogstens iets belangrijker, omdat je niet direct als zorgverzekeraar zelf inzicht meer hebt in dossiers.

H. De toelatingscriteria bevat nu een aantal dubbelingen/onduidelijkheden. De werkgroep adviseert om deze criteria te updaten. Zie voorstel in de bijlage.

Het is fijn als normen duidelijk zijn. Maar we benadrukken ook dat het kwalitatieve normen zijn. En dat maakt ze (bewust) minder hard. Het gaat om het goede gesprek over deze normen. Het is aan te bevelen eerst als aanbieder een zelftoets te doen, alvorens je in overleg treedt met de zorgverzekeraar. Hieronder de nieuwe formuleringen.

Bijlage 1: Op te leveren stukken Fase F

Fase werkprogramma	Document	Inhoud document	Op te leveren stukken
1	F1: Actualisatie CFW + CP	Jaarplan Jaarplan bevat een beschrijving over de aanpak/ Kick-off van de herijking met daarin o.a. opgenomen: - Organisatorische wijzigingen die impact kunnen hebben op HT - Wijzigingen in EPD of externe ondersteuner - Nieuwe punten in de managementletter gerelateerd aan HT - Impact wijzigingen wet- en regelgeving	Document ter beoordeling door zorgverzekeraar: - Jaarplan Bijlagen ter kennisgeving: - CFW - CFW GITC - Controleplan - Overzicht gegevensgerichte werkzaamheden
2	F1: Actualisatie CFW + CP	Jaarplan bevat een toelichting over de cijferbeoordeling op deelprocesniveau (er hoeft geen onderliggende analyse opgeleverd te worden.)	
3	F1: Actualisatie CFW + CP	Jaarplan bevat een toelichting over significante wijzigingen en nieuwe beheersmaatregelen in het CFW Significante wijzigingen in risico's kunnen zijn: - Wijzigingen in prioritering van midden/hoog naar laag - De toevoeging van nieuwe risico's of het vervallen van risico's Significatie wijzigingen in beheersmaatregelen kunnen zijn: - Wijzigingen die impact hebben op het restrisico - Nieuwe vormen van beheersing zoals AI, RPA en process mining	
4	F1: Actualisatie CFW + CP	Er wordt een bijlage in het jaarplan opgenomen met aanvullende toelichting over wijzigingen van toetsingscriteria, aantallen, massa en eenheden	
5	F1: Actualisatie CFW + CP	Jaarplan beschrijft wijzigingen in het controleplan en controleplan GITC's, met waar van toepassing een toelichting over de rotatie	
6	F2: Verantwoording	Jaarrapportage incl. werking beheersmaatregelen en resultaten deelwaarnemingen	Document ter beoordeling door zorgverzekeraar:
7	F2: Verantwoording	In geval van isolaties/incidenten: toelichting in jaarrapportage over werkzaamheden en uitkomsten	- Jaarrapportage
8	F2: Verantwoording	Cijferbeoordeling toelichten in jaarrapportage (trend uitkomsten deelwaarnemingen)	
9	F2: Verantwoording	Rapporteren in jaarrapportage over bevestiging werkzaamheden en uitkomsten GITC	
10	F2: Verantwoording	Rapporteren in jaarrapportage over externe ondersteuner (bevestiging werkzaamheden en uitkomsten)	
11	F2: Verantwoording	Rapporteren over ouderdomsanalyse in jaarrapportage indien bijzonderheden	
12	F2: Conclusie	Voorstel ARR	
13	F2: Conclusie	Evaluatie voortzetting Fase F	
14	F2: Conclusie	Financiële bijlage	Financiële bijlage 3

Bijlage 2: Voorstel update toetsingscriteria Fase F

- A. Er is sprake van een open houding en goede wederzijdse communicatie. Afstemmingen in zijn algemeenheid en gesprekken over het acceptabel restrisico in het bijzonder vinden in redelijkheid/constructief plaats.
- B. Gedurende een periode van minimaal twee jaar is de betrouwbaarheid van de gerapporteerde fouten en uitgevoerde impactanalyses gebleken (d.w.z. de zorgverzekeraar komt niet tot andere uitkomsten).
- C. Het three-lines-model is ingericht en functiescheiding is gewaarborgd. Dat wil zeggen dat zowel de tweede als de derde (of 2,5e) lijn zichtbaar controles uitvoeren, hierover rapporteren, bevindingen opvolgen en monitoren of verbetermaatregelen worden uitgevoerd.
- D. Deskundigheid, objectiviteit en capaciteit in zowel de tweede als de derde (of 2,5e) lijn zijn gewaarborgd. Dat wil zeggen dat er voldoende financieel-(zorg)inhoudelijke kennis en/of AO/IB-kennis aanwezig is, of dat er audit ervaring aanwezig is met een eventuele beroepstitel.
- E. Naar aanleiding van geconstateerde fouten (ongeacht financiële impact en vanuit zowel proces- als gegevensgerichte werkzaamheden) voert de aanbieder oorzakenanalyses uit en treft zoveel als mogelijk verbetermaatregelen op basis van een gestructureerde aanpak (PDCA-cyclus). De zorgaanbieder rapporteert over getroffen verbetermaatregelen en het effect daarvan.
- F. Zorgaanbieder rapporteert intern periodiek over onder andere de controle-uitkomsten aan het (hoger) management en aan de RvB én de zorgaanbieder zorgt voor een goede organisatiebrede opvolging van bevindingen.
- G. In het geval van signalen van zorgverzekeraars of bevindingen vanuit de eigen organisatie heeft de zorgaanbieder hierover op een transparante wijze gerapporteerd naar de zorgverzekeraar
- H. Er is een dalende trendlijn in het aantal fouten zichtbaar gedurende minimaal een periode van twee jaar en controleresultaten zijn voorspelbaar OF er is sprake van een stabiel laag aantal fouten. Bij een afwijking van de trendlijn licht de aanbieder dit toereikend toe met plausibele/onderbouwde verklaringen.
- I. De zorgaanbieder houdt zich aan gemaakte afspraken, de afgesproken planningen worden gerespecteerd en zo goed als mogelijk opgevolgd. Bij afwijkingen van de planning, dan wel bij voortschrijdend inzicht communiceert de zorgaanbieder dit tijdig richting de zorgverzekeraar en worden er desgewenst nieuwe/gewijzigde afspraken gemaakt.

- J. De zorgaanbieder heeft een kwalitatief goed HT-proces (herijken van Control Framework, opstellen/herijken controleplan en opstellen verantwoordingsrapportages) ingericht en levert tijdig, navolgbare en kwalitatief goede verantwoordingsrapportages op.
- K. De zorgaanbieder zorgt voor een kwalitatief goed HT-proces voor de GITC's. De zorgaanbieder weet de GITC's op een goede manier te verbinden met het eigen Control Framework (en de rechtmatigheid van declaraties) en zorgt voor een goede opvolging van bevindingen.
- L. De zorgaanbieder heeft goed zicht op de relatie tussen HT en andere vormen van verantwoording. De zorgaanbieder identificeert overlap tussen vigerende normen/frameworks en betreft, indien van toepassing, controleresultaten vanuit andere audits (zoals NEN7510) voor HT-doeleinden. De zorgaanbieder weet een goede relatie te leggen tussen HT en het jaarrekeningproces (bijv. HT-gerelateerde onderwerpen in managementletter)