



Algemeen controleplan 2020 en verder

Inkoop jeugdhulp

Mei 2020



Inhoud

1.	Inleiding	3
1.1	Doel en Context controleplan	3
1.1.1	Doel controleplan.....	3
1.2	Normenkader	3
1.3	Scope van het controleplan	3
1.4	Bekostigingssystematiek Arrangementen	5
2.	Procesbeschrijving en controlemaatregelen	6
2.1	Regio Hart van Brabant:	6
2.2	Proces van toegang, zorgverlening en verantwoording	6
2.3	Risico's en controle maatregelen	9
2.3.1	Deelproces verwijzingen.....	9
2.3.2	Deelproces zorglevering.....	10
2.3.4.	Proces van verantwoorden van HvB naar de lokale gemeenten	11
3.	Conclusies algemeen controleplan	13
3.1	Algemeen.....	13
3.2	Conclusies	14
3.2.1	Recapitulatie resterende objecten van materiele controles	14
3.2.2	Conclusie algemeen controleplan	15
3.3.	Verwachte conclusies 2020.....	15
3.3.1	Algemene controlemaatregelen 2020.....	15

Bijlage 1: Risico's en algemene controlemaatregelen

1. Inleiding

Dit controleplan is opgesteld door een ambtelijke werkgroep ten behoeve van de regionale inkoop jeugdhulp Hart van Brabant. Het is het vervolg op het controleplan 2018 en 2019, en omvat ook de zorg geleverd in 2020 en eventuele daarop volgende jaren. Indien daar aanleiding toe is - wegens wijziging bekostiging van (onderdelen van) de jeugdhulp of wegens wijziging controlemogelijkheden - zullen wij een nieuw controleplan opstellen.

De regio heeft als taak de inkoop jeugdhulp goed te organiseren om iedere jeugdige die dat nodig heeft van jeugdhulp te kunnen voorzien. Een administratieve organisatie moet hiervoor een solide ondersteuning vormen. Vragen naar de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de ingekochte en aangeboden zorg, moeten juist beantwoord kunnen worden.

Controle op aanbieders en de geboden zorg is hier onderdeel van. Hiervoor dient een openbaar algemeen controleplan opgesteld te worden (zie ook de regeling Jeugdwet). Dit plan moet inzicht geven in welke controlemaatregelen de regio nodig acht. Uitgangspunt van de Regeling en de Wet is dat algemene controlemaatregelen eerst komen, daarna kunnen er pas specifieke controles bij een aanbieder uitgevoerd worden. Dit kan plaatsvinden als er signalen zijn dat de al uitgevoerde algemene controles niet voldoende zekerheid leveren en/of dat er andere signalen zijn inzake het niet naar wens functioneren van de aanbieders.

1.1 Doel en Context controleplan

1.1.1 Doel controleplan

Het doel van het algemene controleplan is om met voldoende betrouwbaarheid en nauwkeurigheid vast te stellen dat de door de zorgaanbieder in rekening gebrachte prestatie rechtmatig en doelmatig is. Hieronder valt in ieder geval dat de zorg feitelijk is geleverd en dat de gedeclareerde zorg het meest passend is gezien de gezondheidstoestand van de cliënt.

Het algemene controleplan bestaat uit:

1. Procesbeschrijving (hst 2)
2. Controlemaatregelen in het basisproces (hst 2)
3. Aanvullende algemene materiele controles (hst 2)
4. Inventarisatie van de resterende risico's (hst 2)
5. Conclusies: wat zijn de overblijvende risico's en welke specifieke controlemaatregelen moeten hierop gesteld worden? (hst 3)

1.2 Normenkader

Het normenkader voor het controleplan bestaat uit de volgende onderdelen;
Jeugdwet 2015
Regeling Jeugdwet
Besluit Jeugdwet
Besluit aanwijzing CAK als bestuursorgaan
AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming
Algemene wet bestuursrecht

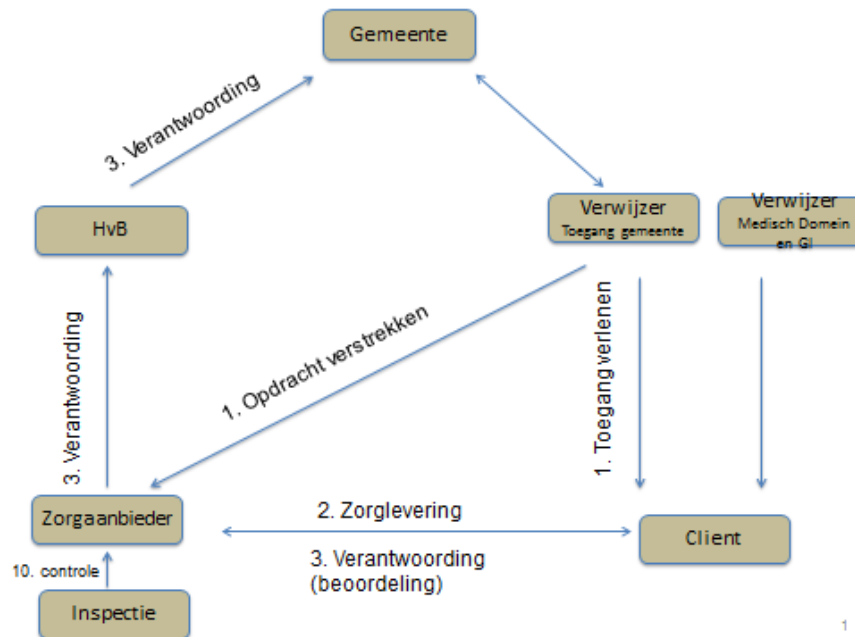
1.3 Scope van het controleplan

Het gehele proces is op te delen in drie globale stappen:

1. Het verlenen van toegang tot de zorg (buiten scope)
2. Het verlenen van zorg
3. Het afleggen van verantwoording:

Globaal weergegeven als volgt:

Figuur 1: Proces van toegang, zorg verlenen en verantwoording afleggen



Dit is een globale omschrijving van het proces. Hierbij zien we 2 opvallende zaken:

1. Er zijn 2 niveau's te onderkennen, namelijk het gemeentelijk niveau (gemeenten) en het regionale niveau: de regio Hart van Brabant.
2. Er zijn verschillende manieren van verwijzen. In 2.2. worden deze verder toegelicht, omdat deze tot verschillende risico's leiden

Buiten de scope van dit controleplan:

Buiten de scope van dit controleplan vallen het verlenen van toegang, de pgb's en de controle op de inhoudelijke kwaliteit van de zorg

- *Verlenen van toegang*

Het verlenen van toegang tot de zorg is een verantwoordelijkheid van iedere afzonderlijke gemeente zelf. Het verlenen van toegang valt daarom buiten de scope van dit controleplan. De gevolgen van de diverse manieren van verwijzen worden wel meegenomen in het controleplan. De manier van toewijzen is van invloed op met name de controlebaarheid van de omvang en zwaarte van de toegekende zorg.

- *PGB's*

De rechtmatigheidsaspecten op het gebied van pgb's en de relatie met het SVB daarover en de te innen eigen bijdragen en de relatie met het CAK daarover vallen buiten de scope van de regioadministratie. De gemeenten van de regio regelen dit zelf en daarom valt dit volledig onder de controle van de eigen gemeentelijke administratie en jaarrekening.

- *Kwaliteit van de geleverde zorg*

Het controleren van de kwaliteit van de geleverde zorg valt buiten de scope van het algemeen controleplan. Voor het vaststellen van de vereiste kwaliteit wordt voordat de aanbieder bij de aanbesteding wordt geaccepteerd gecheckt of hij voldoet aan de wettelijke vereisten (SJK inschrijving etc.). Voorts is het de taak van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd om de aanbieders te controleren op kwaliteit.

1.4 Bekostigingssystematiek Arrangementen

De regio Hart van Brabant heeft gekozen voor resultaat gestuurde inkoop. Dat wil zeggen dat zorgaanbieders op basis van arrangementen zorg voor kinderen en gezinnen leveren. Een arrangement is een inhoudelijk en financieel kader voor de jeugdhulpaanbieder om te bepalen welke zorg deze gaat inzetten. Dit biedt de professionals ruimte om de juiste zorg in te zetten. Het betekent echter ook meer risico voor enerzijds de aanbieder: dekt dit financiële kader mijn kosten voldoende? En anderzijds voor de regio: kiezen aanbieders gemiddeld gezien niet voor te hoge arrangementen waardoor de totale uitgaven jeugdhulp gaan stijgen.

Resultaat gestuurde inkoop is stapsgewijs ingevoerd. In 2017 en 2018 was alleen de lichtere specialistische jeugdhulp (segment 2) in arrangementen ingekocht, en alle overige hulp nog in producten met vaste tarieven en vaak een vast aantal behandelingen of uren begeleiding. In de 2019 is ook de zwaardere hulp (segment 3) in arrangementen ingekocht. Verblijf, pleegzorg, ADHD-zorg, vervoer en logeeropvang worden niet vergoed middels een arrangement maar afzonderlijk.

Zie voor meer informatie over resultaat gestuurde inkoop:

<https://www.zorginregiohartvanbrabant.nl/jeugdhulp-2/stappenplan-resultaatgericht/stap-5/doen/#5bae36213cd00>

2. Procesbeschrijving en controlemaatregelen

2.1 Regio Hart van Brabant:

Opzet samenwerking:

De taakverdeling tussen de gastheergemeente Regio Hart van Brabant (HvB) en de lokale gemeente is geregeld in de uitvoeringsovereenkomst regionale jeugdhulptaken Hart van Brabant, kortweg de UVO. De taakverdeling is in grote lijnen als volgt:

Verwijzen

Hierin is onder meer vastgelegd dat de gemeente verantwoordelijk is voor de beoordeling van de noodzaak tot het treffen van een (individuele) voorziening, waarbij de gemeente vaststelt hoeveel en welke zorg de desbetreffende jeugdige zal krijgen.

Inkoop

Een van de belangrijkste taken van de gastheergemeente is het inkopen van de regionale jeugdhulptaken en het contractmanagement hiervan. De jeugdhulpaanbieders declareren aan de HvB die de declaraties administratief controleert. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de gegevens van de lokale gemeentes over de toekenningen.

Afrekening met de regiogemeenten

De gemeenten betalen jaarlijks een voorschot aan HvB, op basis van daadwerkelijke kosten, voor regionale jeugdhulptaken, de risicoreserve, de regionale innovatie en de regionale uitvoeringskosten. Jaarlijks vindt een definitieve verrekening plaats, per gemeente, indien en voor zover het saldo van de risicoreserve dit toelaat.

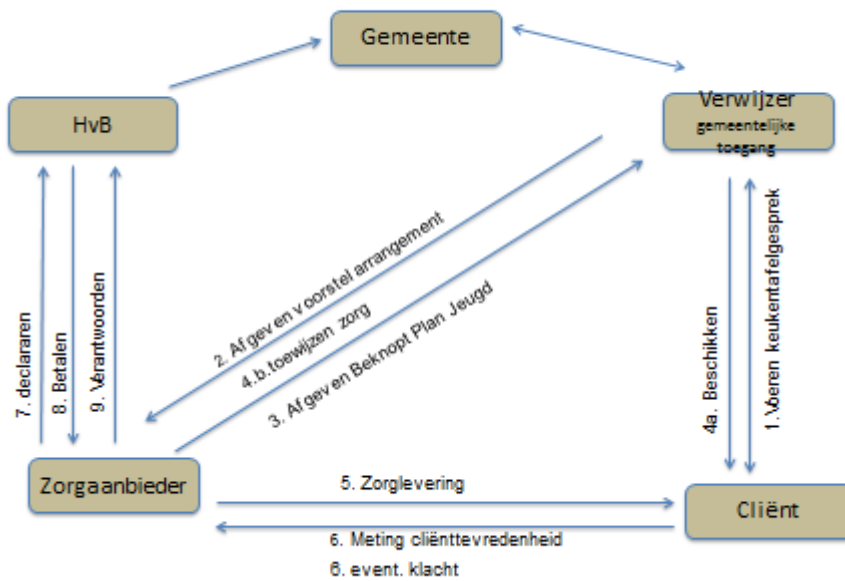
Accountantscontrole regioadministratie.

De jaarrekening van HvB wordt jaarlijks gecontroleerd door de externe accountant. Hierbij wordt een bepaalde tolerantie gehanteerd. De accountant richt zijn controle zodanig in, dat hij met redelijke mate van zekerheid kan verklaren dat in de jaarrekening geen afwijkingen (fouten en onzekerheden) voorkomen met een belang groter dan de bepaalde tolerantie. Deze tolerantie is 1% van de programmabegroting inclusief toevoegingen aan de reserves.

2.2 Proces van toegang, zorgverlening en verantwoording

Figuur 1 (paragraaf 1.3.) geeft globaal het verband tussen de drie processen weer. In deze paragraaf gaan we in op de drie verschillende processen van toewijzing, namelijk de toewijzingen via de gemeente verlopen (gemeentelijke toegang), die via het medisch domein verlopen én die via de Gecertificeerde Instellingen (GI).

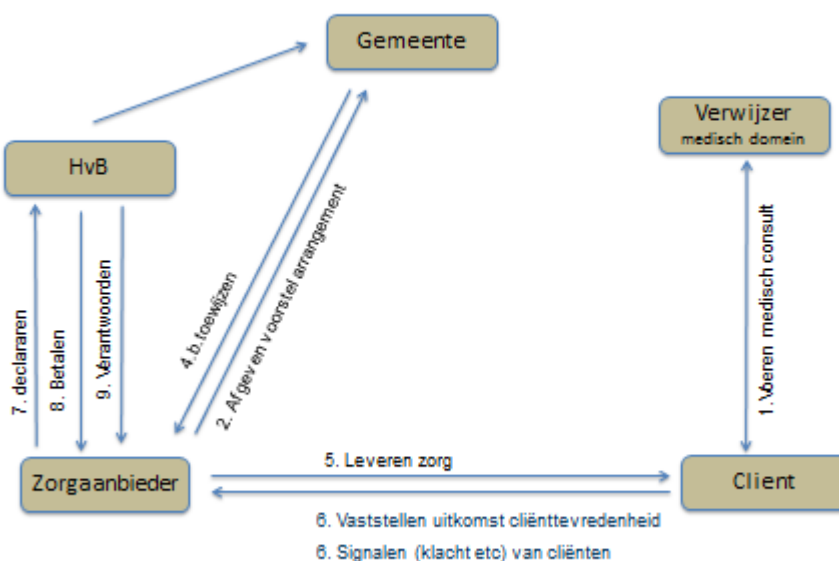
Figuur 3: verwijzing vanuit het gemeentelijk domein



2

1. In het keukentafelgesprek wordt gekeken wat de zorgbehoefte van de cliënt is, en wat de doelen zijn. Dit wordt vastgelegd in het plan van aanpak.
2. Op grond van het keukentafelgesprek geeft de Toegang een voorstel voor een arrangement door aan de Zorgaanbieder.
3. Op grond van het voorstel van de toegang stelt de zorgaanbieder een beknopt plan Jeugd op.
4. Indien de Toegang akkoord is, verstuurt de backoffice van de gemeente een beschikking naar de cliënt en een toewijzing zorg aan de zorgaanbieder.
5. De zorgaanbieder levert zorg aan de cliënt.
6. De cliënt kan zijn waardering aangeven middels de meting van de cliënttevredenheid maar kan ook reageren door het indienen van een klacht
7. De Zorgaanbieder declareert de zorg bij de regio.
8. De regio betaalt de declaratie na uitvoering van de vooral formele controles
9. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd controleert de aanbieder op kwaliteit van de geleverde zorg

Figuur 4: verwijzen vanuit medisch domein



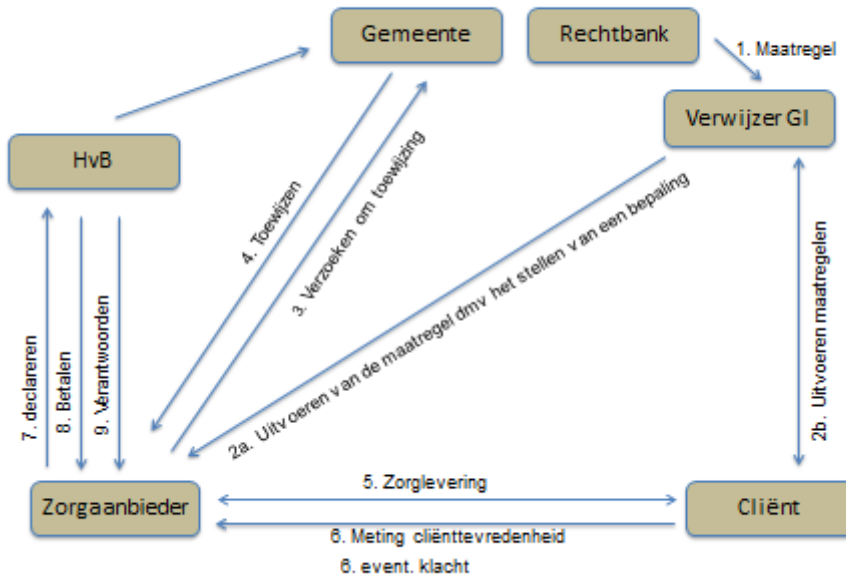
3

Figuur 4 kijkt tov van figuur 3 af op de punten:

Ad. 1: Huisarts of medisch specialist verwijst. Dit mondt uit in een verwijsbrief van de huisarts aan de instelling. HvB en de gemeenten hebben hier geen inzage in. Dit bemoeilijkt de controle op de rechtmatigheid en doelmatigheid.

Ad. 2 Afgeven voorstel arrangement gebeurt door de zorgaanbieder (ipv de gemeentelijke toegang), de aanbieder hoeft daarom geen beknopt plan jeugd met de gemeente te delen. Dit betekent voorts dat het risico bestaat dat de zorgaanbieder een te hoog arrangement/zorgwaarde afgeeft.

Figuur 5 verwijzen vanuit GI



Figuur 5 wijkt af van figuur 3 op twee punten:

Ad 1. De rechtbank bepaalt de maatregel (niet de gemeentelijke toegang of een medisch verwijzer)

Ad 2 Verwijzer van de GI geeft rechtstreeks aan de cliënt én aan de zorgaanbieder wat de zorg in zal houden.

Bij de verwijzingen medisch domein wordt er door sommige regiogemeenten geen beschikking afgegeven aan de cliënt en bij andere gemeenten wel. Er vindt binnen HvB een administratieve toets en geen inhoudelijke toets plaats, wat inhoudt dat geen beoordeling wordt gedaan of de in te zetten Jeugdhulpvoorziening de meest gepaste is. Dit mandaat ligt bij de Zorgaanbieder of de GI. De zorgaanbieder kan ook tussentijds zelf de zwaarte binnen het arrangement verhogen, iets wat overigens wel door de backoffice wordt vastgelegd. Op dit moment wordt in opdracht van de bestuurscommissie een plan uitgewerkt voor controle op het 315-proces, d.w.z. het proces waarbij gecontroleerd wordt of de jeugdhulpaanbieder een geldige verwijzing heeft en een plan van aanpak heeft opgesteld en waarbij de gemeente wordt verzocht om een voorziening te beschikken. In hoeverre deze controle ook een inhoudelijke toets gaat worden is nog niet bekend.

Regie bij verwijzingen via medisch domein

Bij deze verwijzingen ligt de regie op de klant volledig bij de zorgaanbieder. (De werkwijze op dit punt verschilt per gemeente in onze regio: enkele gemeenten sturen een standaardbrief, anderen een beschikking en sommige gemeenten versturen niets).

De klant is (pas) in beeld bij de gemeente als een IJW315 bericht (Verzoek om Toewijzing) is ingediend.

Regie bij verwijzingen via GI

Bij deze verwijzingen geeft de GI een bepaling af waarin de gerechtelijke maatregel is verwerkt en aangegeven wordt, welke zorg ingezet moet gaan worden. Deze wordt naar de zorgaanbieder gestuurd, die middels het berichtenverkeer om een toewijzing aan de betreffende gemeente verwerkt.

2.3 Risico's en controle maatregelen

2.3.1 Deelproces verwijzingen

a. *Risico's in het deelproces*

1. Binnen het proces van verwijzen/toewijzingen is het risico dat de beschikking, verwijzing/toewijzing onterecht of onjuist wordt afgegeven door de gemeente. Hierdoor bestaat formeel geen of een afwijkend (anders dan oorspronkelijk bedoeld) recht op jeugdhulp.
2. Er is geen verwijzing vanuit het medisch domein, maar er wordt wel zorg verleend en gedeclareerd.
3. Er wordt door de zorgaanbieder een duurder/hoger arrangement bepaald dan benodigd gezien de zorgbehoefte. Hierdoor sluit de prestatie niet aan bij de beschikking en of niet bij de verwijzing door huisarts, medisch specialist of jeugdarts.
4. De GI geeft een bepaling af die niet steunt op een (rechterlijke) maatregel, (overigens mag de zorg wel doorlopen na duur van de maatregel).

b. *Controlemaatregelen in het basisproces*

Er bestaan diverse controles die in de programmatuur en procedurele maatregelen, in het basisproces zijn ingeregeld. De belangrijkste zijn de volgende (controle) handelingen door de gemeenten zelf moeten worden gedaan:

- Check op dubbele arrangementen/producten én lopende voorzieningen die niet samen kunnen gaan
- Check of de productcode ZIN is ingekocht bij die zorgaanbieder
- Check op Woonplaats beginsel en gezagsdrager
- Check op duur
- Check op volume/eenheden

Extra Bij GI's :

- Check op looptijd in de bepaling Jeugdhulp.

Met deze controles wordt het onder a genoemde risico nummer 1 dat de beschikking onjuist is voldoende ondervangen. Op de werking van de hierboven genoemde controles worden verbijzonderde interne controles uitgevoerd.

c. *Objecten van materiele controle.*

Na bovengenoemde controlemaatregelen in het basisproces blijven er echter nog een aantal risico's over. Deze vormen nadere objecten van materiele controle. Dit zijn de bij a) genoemde risico's t.a.v. het ontbreken van verwijzing medisch domein (2) , duurdere/hogere arrangementen (3) en ontbreken rechterlijke maatregel bij GI (4).

d. *Algemene materiele controles*

Ten aanzien van risico 4. De GI's leveren na afloop van ieder jaar een door de accountant gewaarmerkte productieverantwoording aan waarin wordt verklaard of er onder iedere bepaling een (rechterlijke) maatregel ligt. Daarmee wordt het doel van het controleplan voldoende bereikt voor het risico voor de GI, mits geen bijzonderheden uit de controle volgen,

De accountant van de zorgaanbieder geeft een verklaring bij de productieoverzichten. Deze controlemaatregel kent een aantal tekortkomingen in die in hoofdstuk 1.3.2 bij punt d worden toegelicht. Hierdoor worden de betreffende risico's onvoldoende gemitigeerd.

e. *Conclusie deelproces verwijzingen*

Om de resterende risico's uit punt c (verwijzing medisch domein (2) en hoger/duurder arrangement) (3) te mitigeren zal in eerste instantie gebruik worden gemaakt van aanvullende algemene controlemaatregelen zoals productieverklaringen en data-analyses. Dit zal het risico verkleinen of concretiseren maar niet voldoende kunnen mitigeren. Er blijft dus een restrisico over. Hierop gaan we nader in bij de specifieke materiele controles.

2.3.2 Deelproces zorglevering

a. *Risico's in het deelproces*

Bij het proces van de zorglevering zijn de voornaamste risico's:

1. Betaalde declaraties zijn onjuist en/of onrechtmatig omdat de gedeclareerde zorg niet is geleverd.
2. De zorgaanbieder levert zorg maar de aard en/of omvang van de zorg is niet in overeenstemming met de afgegeven beschikking. Hieronder valt ook dat de zorgaanbieder moet op/afschalen als de geleverde zorg buiten de bandbreedte van de arrangementen komt. Dit is een risico dat ligt op het snijvlak van toewijzen, leveren van prestatie en declareren.
3. Het resultaat van het arrangement wordt niet bereikt en er wordt onterecht een nieuw arrangement beschikt (rijging).

b. *Controlemaatregelen in het basisproces*

De gemeente heeft geen zicht op de daadwerkelijke levering van de zorg. Het risico bestaat daarom dat declaraties worden betaald zonder dat de prestatie is geleverd.

De belangrijkste risico's uit dit deelproces hangen samen met de specifieke kenmerken van de zorg. Dat wil zeggen dat de gemeenten betalen voor een dienst die niet aan hen zelf wordt geleverd, maar aan derden (d.w.z. cliënten). Een ander deel van de risico's hangen samen met de bekostigingssystematiek Resultaat Gestuurd Werken, waarbij niet het aantal geleverde uren of dagen de afrekeneenheid is maar het resultaat. Resultaat is een afrekeneenheid waar nog maar weinig ervaring mee is. Bovendien is het structureel en voldoende nauwkeurig meten van resultaten nog niet mogelijk en is het niet ingeregeld.

c. *Object van materiele controle*

HvB beschikt niet over gegevens die kunnen worden gebruikt om het risico te mitigeren dat de gedeclareerde zorg niet is geleverd. Dit risico vormt daarom integraal object van materiele controle.

d. *Algemene materiele controle*

In deze fase van de algemene materiele controle komen alleen die methoden in aanmerking die de regio kan toepassen zonder daarbij te zijn aangewezen op de medewerking van de aanbieder bij de verwerking van persoonsgegevens betreffende gezondheid. Het gaat hier om de volgende controlemethoden die de risico's deels mitigeren.

- Via de opvraag van productieverantwoordingen incl. controle verklaring accountant.
- Data-analyse van de beschikking- en de declaratiegegevens

Bij de uitvoering van deze fase van de algemene materiele controle worden ook de hieronder genoemde soft controls gehanteerd:

- Cliënttevredenheidsonderzoeken
- Accountgesprekken met aanbieders
- Registratie en behandeling van klachten van cliënten over zorgaanbieders

De productieverantwoordingen, voorzien van accountantsverklaringen kennen de volgende tekortkoming:

- De materialiteit van de accountantsverklaring bij de productieoverzichten van de instellingen is van onvoldoende omvang voor de regio Hart van Brabant om daar volledig op te steunen. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat de accountant, volgens het algemeen accountants protocol WMO en Jeugd geen oordeel hoeft te geven over de afzonderlijke financiële productieverantwoordingen die de zorgaanbieder per gemeente indient.
- Daarnaast wordt bij instellingen met een geringe omvang (2018: 125.000 euro) geen accountantsverklaring opgevraagd bij de productieverantwoording.

- In het accountantsprotocol is niet expliciet opgenomen dat de accountant moet controleren dat er een verwijzing ten grondslag ligt aan de geleverde zorg. Wij mogen er daarom niet vanuit gaan dat de accountant hierop controleert.

e. Conclusie deelproces zorglevering

De in deze fase van algemene materiele controle ingezette controlemethoden zijn voor 2018 onvoldoende gebleken om met voldoende mate van zekerheid te kunnen vaststellen dat het doel is bereikt. De volgende risico's resteren:

- Betaalde declaraties zijn onjuist en/of onrechtmatig omdat de gedeclareerde zorg niet is geleverd.
- De zorgaanbieder levert zorg maar de aard en/of omvang van de zorg is niet in overeenstemming met de afgegeven beschikking.
- Het resultaat van het arrangement wordt niet bereikt en er wordt een nieuw arrangement beschikt (rijging).

2.3.3 Proces van declareren van zorgaanbieder naar HvB

a. Risico's in het deelproces

De belangrijkste risico's in dit proces betreffen:

1. Aanbieders brengen zorg in rekening brengen voor cliënten die niet bekend zijn bij de gemeente: niet geïndiceerd, geen toewijzingsbericht verstuurd;
2. De omvang van de door aanbieders gedeclareerde zorg overschrijdt het geïndiceerde volume;
3. Door aanbieders worden hogere tarieven in rekening gebracht dan contractueel afgesproken;
4. Aanbieders declareren zorg welke niet geïndiceerd of contractueel afgesproken is (ander soort zorg).

b. Controlemaatregelen in het basisproces

- Ad. 1 Binnen het berichtenverkeer is het niet mogelijk om zorg in rekening te brengen die niet is toegewezen door de gemeente omdat het regionale backofficesysteem (Suites) gekoppeld is aan het berichtenverkeer.
- Ad. 2 Bij arrangementen is het behalen van het resultaat belangrijker dan de duur van de zorg. Bij verblijf dient de gedeclareerde tijd niet de looptijd van de beschikking te overschrijden: hierop is een controle in het backofficesysteem gesteld.
- Ad.3 In het backofficesysteem is het niet mogelijk om hogere tarieven in rekening te brengen als dat door de regio is vastgesteld.
- Ad. 4 Voor niet geïndiceerde zorg, zie Ad1. Door de geprogrammeerde controles vallen declaraties uit als de betreffende vorm van zorg niet contractueel is overeengekomen..

c. Objecten van materiele controle

Uit dit deelproces volgen geen additionele objecten van materiele controle. Risico's worden voldoende gemitigeerd.

2.3.4. Proces van verantwoorden van HvB naar de lokale gemeenten

a. Risico's in het deelproces

Vanwege de handmatige verwerking van gegevens vanuit de lokale gemeente naar de regio HvB bestaat het risico dat de gegevens op basis waarvan de kosten worden doorbelast onjuist zijn. Op dit moment, worden toewijzingen handmatig overgenomen in het regionale backoffice systeem bij de

route via de toegang. Dit geldt niet voor Tilburg, omdat hier direct in het regionale backofficesysteem wordt gewerkt.

b. Controlemaatregelen in het basisproces

Periodiek worden de gegevens gecontroleerd via bestandsvergelijking die handmatig door de gemeenten worden aangeleverd en handmatig worden ingevoerd in het systeem van de gastheergemeente. In de loop van 2020 wordt dit proces geautomatiseerd. Daarmee zijn de risico's voldoende gemitigeerd zijn en er geen additionele objecten van materiele controle of kwaliteitscontrole.

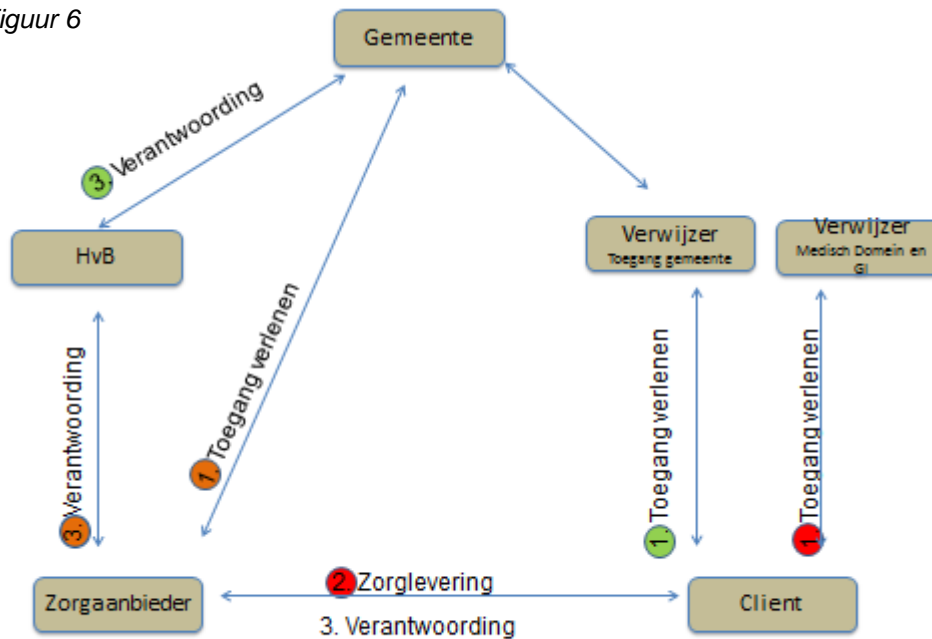
3. Conclusies algemeen controleplan

3.1 Algemeen

In hoofdstuk 2 zijn de risico's beschreven in de deelprocessen en zijn de controlemaatregelen genoemd die zowel in het basisproces aanwezig zijn als die via algemene controlemaatregelen worden uitgevoerd.

Bezien vanuit het algemene proces (zie paragraaf 1.3) zie ook figuur 1, kunnen we ten aanzien van betrouwbaarheid van de huidige controles het volgende zeggen:

Figuur 6



- Proces is overwegend goed beheerst. Controlemaatregelen zijn dermate dat de risico's beperkt zijn.
- Proces is nog onvoldoende beheerst. Maatregelen zijn gepland en kunnen, indien goed geïmplementeerd, leiden tot een voldoende beheersing.
- Proces is overwegend onvoldoende beheerst. Op dit moment zijn er nog geen adequate maatregelen genomen of ingepland, of er zijn binnen de mogelijkheden die HvB zelf heeft geen mogelijkheden om een adequate controle uit te voeren.

Toelichting:

- Tussen verwijzer medisch domein - cliënt: Dit is met name rood, omdat dat de regio geen inzicht heeft in de verwijzing vanuit het medisch domein. De zorgaanbieder bepaalt hier zelf de intensiteit van het arrangement.
- Tussen zorgaanbieder en cliënt: Dit is rood omdat de regio niet weet hoeveel uren de zorgaanbieder bij de cliënt levert bij arrangementen.
- Tussen HvB en zorgaanbieder: is de verantwoording oranje omdat de productieverantwoording niet per ingezet arrangement is.

Rood

Aanvullende specifieke materiële controlemaatregelen richten zich met name op rood (dus risicovolle processen).

Wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat het doel is bereikt dan eindigt de materiele controle. De regio HvB kan overgaan tot het uitvoeren van een detailcontrole bij individuele zorgaanbieders zoals omschreven in artikel 6b.5 van de regeling jeugdwet wanneer uit de algemene materiele controle voortgekomen bevindingen tot de conclusie leiden dat het controledoel nog niet is bereikt en dat meer informatie, zoals detailcontrole bij de aanbieder zelf nodig is. Ook kan cf art 6b.3 lid 4 van de Jeugdwet: het college overgaan tot detailcontroles indien er van een ander dan het college afkomstige of uit de uitgevoerde controle voortvloeiende aanwijzingen zijn waaruit blijkt dat er sprake is van onvoldoende zekerheid. Dit zijn bijvoorbeeld signalen vanuit de cliënttevredenheidsonderzoeken of klachten.

Oranje:

Op dit moment zijn er al aanvullende maatregelen bij de Toegang geïmplementeerd, zoals het inzetten van het schakelteam. Dit is een team bestaande uit deskundigen op financieel en orthopedagogisch gebied, die toewijzingen boven de € 50.000 beoordelen. Instelling van het schakelteam is overigens een tijdelijke maatregel. Bij opheffing van het schakelteam moet deze expertise worden geborgd bij de afzonderlijk regiogemeenten/toegangen. Tevens is er een arbiter ingesteld die bemiddelt als toegang en zorgaanbieder er niet uitkomen ten aanzien van welke arrangement ingezet moet worden.

Ook zijn er aanvullende maatregelen op de verantwoording tussen zorgaanbieder en HVB genomen. Het berichtenverkeer is nu ingevoerd en met controles ingericht. Daarnaast kunnen er indien nodig, telefonische enquêtes bij cliënten gehouden.

3.2 Conclusies

3.2.1 Recapitulatie resterende objecten van materiele controles

Aan de hand van bovenstaande risico's en maatregelen kan worden geconcludeerd dat het controledoel t.a.v. rechtmatigheid en doelmatigheid niet kan worden bereikt. Hieronder volgt een recapitulatie van objecten van materiele controle waarvoor onvoldoende zekerheid kan worden verkregen nadat controles zijn uitgevoerd met de gegevens die beschikbaar zijn vanuit het uitvoeren van de jeugdwet. Dit is nadat zowel de procescontroles als de eerste (algemene) fase van materiele controles zijn uitgevoerd.

De resterende objecten van materiele controle zijn:

Risico	Korte omschrijving object	Omschrijving risico en relatie met controledoel.
A	Ontbreken verwijzing	Er ligt geen aantoonbare verwijzing vanuit het medisch domein ten grondslag aan de geleverde zorg. Daarmee is de rechtmatigheid van de geleverde zorg in het geding.
B	Duurder/hoger arrangement	Er wordt een duurder/hoger arrangement bepaald dan wat volgens de behoefte van de cliënt nodig is. Dit is niet doelmatig.
C	Prestatielevering	Zorgaanbieder levert zorg maar de aard en/of omvang van de zorg in niet in overeenstemming met het arrangement en de zorgwaarde hiervan. Of de prestatie wordt niet geleverd. Dit risico betreft ook het ten onrechte niet doorvoeren van afschalingen.,
D	Rijging	Het resultaat wordt niet bereikt, maar er wordt wel een nieuw arrangement toegekend en er ontstaat onnodige rijging. Dit is niet conform de afspraken en daarmee niet rechtmatig.

3.2.2 Conclusie algemeen controleplan

Wanneer voldoende zekerheid is verkregen dat het doel is bereikt dan eindigt de materiele controle. Uit paragraaf 3.2.1 blijkt dat het doel met de beschreven controlemiddelen niet kan worden bereikt. De regio HvB kan overgaan tot het uitvoeren van een detailcontrole bij individuele zorgaanbieders zoals omschreven in artikel 6b.5 van de regeling jeugdwet wanneer uit de algemene materiele controle voortgekomen bevindingen tot de conclusie leiden dat het controledoel nog niet is bereikt en dat meer informatie, zoals detailcontrole bij de aanbieder zelf nodig is. Ook kan cf. art 6b.3 lid 4 het college overgaan tot detailcontroles indien er van een ander dan het college afkomstige of uit de uitgevoerde controle voortvloeiende aanwijzingen zijn waaruit blijkt dat er sprake is van onvoldoende zekerheid. Dit zijn bijvoorbeeld signalen vanuit de cliënttevredenheidsonderzoeken of klachten. Wanneer dit aan de orde is, zal in een dergelijk geval een specifieke risicoanalyse worden gemaakt. Dit controleplan voorziet hier niet in, omdat het zich beperkt tot de algemene controlemaatregelen.

3.3. Verwachte conclusies 2020

Ook in 2020 wordt naar verwachting het doel van de algemene controle niet bereikt met de controles in het basisproces en de algemene materiele controles zoals deze zijn uitgevoerd in 2018 en 2019. Daarom is het gewenst om de algemene materiele controles aan te scherpen. Ook in 2020 worden eerst algemene materiele controles uitgevoerd. Indien nodig kunnen we overgaan op specifieke detailcontroles.

3.3.1 Algemene controlemaatregelen 2020

Wij stellen een mix van de volgende aanvullende algemene controlemaatregelen voor. Bij elke maatregel is aangegeven op welk risico en controleobject uit paragraaf 3.2.1 het betrekking heeft.

1. Nadere data-analyse, gevolgd door een bespreking van bevindingen met zorgaanbieders waarbij bijzonderheden naar voren komen. (B, C, D, paragraaf 3.2.1.)
2. Optioneel: telefonische steekproef onder cliënten of een schriftelijke enquête, waarbij de prestatievering wordt vastgesteld. (C, paragraaf 3.2.1.)
3. Optioneel: vaststellen van de prestatievering bij herindicaties (C, paragraaf 3.2.1.)
4. Soft controls: signalen uit cliënttevredenheidsonderzoeken, en klachten van toegang, cliënten en eventuele andere partijen. Ook de accountgesprekken vallen hieronder. (zie toelichting).
5. Aanscherpen van de eisen aan de accountantsverklaringen en controle, horende bij de productieverantwoordingen, waarbij wordt aangegeven dat de accountant in zijn controle ook moet toetsen op de aanwezigheid van verwijfsbrieven in geval van verwijzingen vanuit het medische domein. (A, paragraaf 3.2.1.)

Toelichting:

- Ad 1 Data-analyse is in 2019 en 2020 verder ontwikkeld. Op dit moment kan de regio t.a.v. de aspecten doorlooptijden een data-analyse uitvoeren. Analyses t.a.v. rijgen, vergelijken van gebruik van intensiteiten over de jaren heen zullen op zeer korte termijn beschikbaar zijn.
- Ad 2 Telefonische en schriftelijke enquêtes zijn **optioneel**, en kunnen worden ingezet in bepaalde gevallen om de prestatievering (C, paragraaf 3.2.1.) vast te stellen.
- Ad 3 Bij herindicaties of opschaling van arrangementen **bevelen wij aan** om het resultaat van de voorgaande behandeling op te vragen en te bespreken met de zorgaanbieder, om also tot de conclusie te komen of voortzetting al dan niet nodig is.
- Ad 4 Soft controls leveren over het algemeen weinig concrete informatie op ten aanzien van het bereiken van het doel van het algemeen controleplan. Ze kunnen wel nuttige informatie opleveren over het pinpointen van de risico's op specifieke aanbieders of onderwerpen, maar zullen altijd in combinatie met andere controlemiddelen moeten worden ingezet. Daarnaast zijn de soft controls momenteel nog in ontwikkeling waardoor

de bruikbaarheid hiervan nog gering is. De response van clienttevredenheidsonderzoeken is bijvoorbeeld nog bijzonder laag. De opzet hiervan is ook nog niet zodanig dat hieruit een analyse kan volgen die geschikt is als controlemiddel. De registratie en analyse van klachten is ook nog niet goed geborgd. Het verdient **aanbeveling** om de soft controls verder te ontwikkelen zodat ze bruikbaar zijn als aanvullend of richtinggevend controlemiddel.

Ad 5 Het landelijke accountantsprotocol geeft niet expliciet aan dat de accountant de aanwezigheid van een verwijfsbrief moet controleren. Dat wil niet zeggen dat de accountant er niet op controleert maar omdat het niet wordt afgedwongen kan er niet van uit worden gegaan dat dit het geval is. Als regio Hart van Brabant kunnen we wel aanvullende eisen stellen aan de accountantsverklaring. Dat kan dan echter pas per 2021, omdat zoiets tijdig aangekondigd moet worden.