

# Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering van DBC's GGZ

## Preambule

### Aanleiding

- De NZa heeft besloten om de kaderregeling AO/IC voor de zorgaanbieders van tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (hierna: GGZ-instellingen) op te heffen per 1-1-2013.
- GGZ-instellingen hebben belang bij eenduidige normen voor controle en verantwoording van zorgproducten in de keten naar zorgverzekeraars. Immers, voorkomen moet worden dat er een situatie ontstaat dat elke zorgverzekeraar eigen normen gaat stellen en verantwoordingen zal eisen, om op hun beurt te kunnen voldoen aan de eisen die de overheid aan hen stelt in het kader van de schadelastverantwoording en verevening.
- Horizontaal toezicht tussen zorgverzekeraar en GGZ-instelling kan op termijn – indien gewenst – worden toegepast. Hierbij wordt een situatie gecreëerd waarin het GGZ-instelling de zorgverzekeraar inzicht geeft in en afspraken maakt over de inrichting van de AO van een GGZ-instelling en de interne controles die worden uitgevoerd. Daarmee wordt een basis voor wederzijds vertrouwen gelegd. Deze regeling is mede basis voor het horizontale toezicht.
- Dit document is de opvolger van de NZa-regeling NR/CU-504, regeling administratieve organisatie en interne controle registratie en facturering DBC's GGZ . Het zal uiteindelijk worden verwerkt in een convenant tussen GGZ-Nederland, NFU en ZN.

### Doel

GGZ-instellingen moeten een juiste verantwoording kunnen afleggen over de bij zorgverzekeraars gefactureerde opbrengsten van DBC's aan zorgverzekeraars. Daartoe wordt door middel van deze regeling een normenkader gesteld met betrekking tot de administratieve organisatie en de interne controle.

### Over de regeling

- Bijgaande regeling is een alternatief voor de NZa kaderregeling AO/IC en is opgezet in nauwe samenwerking met deskundigen vanuit GGZ-instellingen, zorgverzekeraars en accountants.
- De NZa regeling NR/CU-504 is als uitgangsdokument gebruikt.
  - De opzet en indeling van de regeling zoals door de NZa gehanteerd, is gehandhaafd.
  - Voor de definities van de gehanteerde begrippen is gebruik gemaakt van de begrippen uit NZa beleidsregel NR/CU-504.
  - De artikelen 7 en 8 uit de NZa-regeling (CU/NR-100.060) die verband houden met de specifieke taken en verantwoordelijkheden van de NZa, zijn aangepast.
  - Uit de Toelichting in de NZa-regeling (CU/NR-100.060) is paragraaf 2 geschrapt. De paragraaf beschreef de wettelijke grondslagen op basis waarvan de NZa bevoegd is om deze regeling op te stellen. Nu de regeling onderdeel wordt van een convenant tussen veldpartijen is de verwijzing naar de wettelijke grondslagen niet nodig.
- Deze regeling geeft de kaders aan (het 'wat') en beschrijft niet op welke wijze een GGZ-instelling de AO en IC moet inrichten (het 'hoe').

# Regeling Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering van DBC's GGZ

## Artikel 1. Begripsbepalingen

In deze regeling worden de volgende begrippen en afkortingen gebruikt. De begrippen en afkortingen voorzien van een '\*' zijn ontleend aan de Nadere Regel NR/CU-205 *Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg* van de NZa.

1. *Accountant*  
Een registeraccountant of een Accountant-Administratieconsulent ten aanzien van wie bij de inschrijving in het in artikel 36, eerste lid, van de Wet op de Accountants-Administratieconsulenten bedoelde register een aantekening is geplaatst als bedoeld in artikel 36, derde lid, van die wet.
2. *AO/IC*  
Administratieve organisatie en interne controle registratie en facturering DBC GGZ.
3. *Audit trail*  
Een zodanige vastlegging van gegevens dat de verwerkingsresultaten achteraf kunnen worden gecontroleerd.
4. *DBC*  
Diagnose behandelcombinatie: het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert.
5. *DBC Validatie*  
Zorgaanbieders zijn ten behoeve van de registratie en declaratie van DBC's gehouden in hun software een validatiemodule op te nemen. Deze dient als instrument om de betrouwbaarheid van DBC's te toetsen en de juistheid van de registratie te verifiëren. De eisen waaraan de validatiemodule en de toepassing daarvan dienen te voldoen zijn omschreven in de Regeling DBC GGZ Validatie.
6. *Zelfstandig gevestigde zorgaanbieders*  
Zorgaanbieders in de curatieve GGZ die ingevolge een beschikking van de NZa dienen te declareren in DBC's en die niet verbonden zijn aan een instelling.
7. *Zorgaanbieder*  
De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 2 van deze regeling, voor zover deze ingevolge een beschikking van de NZa dient te declareren in DBC's. Waar in deze regeling wordt gesproken van zorgaanbieder wordt ingevolge artikel 62 lid 1 Wmg, tevens bedoeld op degene die:
  - a. een administratie voert als bedoeld in artikel 44 Wmg.
  - b. ten behoeve van de zorgaanbieder gegevens verzamelt, bewaart en bewerkt, alsmede op de groep in de zin van artikel 24b BW2, indien zorgaanbieders daartoe behoren.

## Artikel 2. Algemeen

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders van tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg die lid zijn van GGZ-Nederland dan wel de Nederlandse federatie van universitair medische centra.

## Artikel 3. Doel

Doel van deze regeling is dat zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg juist verantwoording kunnen afleggen over de opbrengsten van DBC's aan zorgverzekeraars. Hiertoe wordt door middel van deze regeling een normenkader gesteld met betrekking tot de administratieve organisatie en de interne controle.

## Artikel 4. Administratieve organisatie

1. De administratieve organisatie heeft als doel te borgen dat:
  - de productieregistratie van de zorgaanbieder volledig is;
  - de gefactureerde DBC's juist, tijdig en rechtmatig zijn.
2. De administratieve organisatie van de zorgaanbieders moet helder beschreven zijn en gaat uit van:
  - functiescheiding tussen beschikken (hoofdbehandelaars), registreren, declareren en controleren;
  - een heldere beschrijving van processen inclusief werkprocedures;
  - periodieke instructie van behandelaars en medewerkers;
  - toetsing en controle op de naleving van de voorschriften ten aanzien van de AO;
  - rapportage aan het management over de uitgevoerde controle.
3. Voor een betrouwbare DBC-registratie is vereist dat de essentiële verrichtingen die zich voordoen bij de DBC's juist en volledig worden vastgelegd. De administratieve organisatie wordt zo opgezet dat een audit-trail mogelijk is.

## Artikel 5. Interne controle

1. De interne controle dient als onafhankelijke functie binnen de organisatie van de zorgaanbieder te zijn ingericht.
2. Controles in het primaire proces

Tijdens en na de DBC-registratie dient een aantal controles te worden uitgevoerd dat het registratieproces van de DBC op systematiek controleert. Deze controles kunnen in de DBC-validatiemodule ingebouwd worden opdat deze geautomatiseerd uitgevoerd worden. Daar waar de registratie op papier gebeurt, zullen de controles handmatig uitgevoerd moeten worden. Het betreft de hiernavolgende controles:

  1. de patiëntgegevens waaronder het burgerservicenummer en verzekeringsgegevens;
  2. controleren op juistheid van openen van een nieuwe DBC;
  3. controleren of machtigingen zijn afgegeven door de zorgverzekeraar daar waar nodig;
  4. sluiten van DBC na 365 dagen en openen vervolg DBC indien nodig;

5. signaleringslijst laten autoriseren door de hoofdbehandelaar;
  6. controle tijdige sluiting DBC's;
  7. controleren dat DBC's niet leeg zijn;
  8. controle volledigheid DBC typering;
  9. controle juistheid combinaties typeringscomponenten;
  10. controle juistheid combinaties van meerdere DBC's;
  11. controle op lokale normaantal verrichtingen per DBC;
  12. controle juistheid DBC typering bij sluiting;
  13. controle volledigheid DBC registratie op basis van niet aan een DBC te relateren afspraak, behandeling, verblijfdag, dagbesteding, aanvullend onderzoek en/of geneesmiddel;
  14. afwikkeling van de signaallijsten alsmede de afwijkingen zoals geconstateerd in de controle bevindingen;
  15. het declareren van de DBC met de juiste declaratiecode en de (overeengekomen) prijzen en/of conform eventueel overeengekomen afspraken met de zorgverzekeraar;
  16. de aanlevering van de declaratie aan de zorgverzekeraar conform de declaratiebepalingen van de NZa.
3. Controles door de interne controle functie  
De interne controle functie zorgt voor toetsing en controle op naleving van de voorschriften ten aanzien van de administratieve organisatie .
4. De interne controle functie dient te zorgen voor managementinformatie over de uitgevoerde controles en periodiek te rapporteren aan de Raad van Bestuur en Financieel manager over de uitgevoerde controles. De gesignaleerde (mogelijke) fouten, de terugkoppeling hiervan naar de behandelaars en het uitvoeren van eventuele correcties in de productieregistratie dienen systematisch te worden vastgelegd.

#### Artikel 6. Verantwoording gefactureerde DBC zorgproducten en overige zorgproducten en accountantsverklaring

De zorgaanbieder stelt een verantwoording op over de gefactureerde DBC's conform het 'Verantwoordingsdocument DBC GGZ omzet'. De zorgaanbieder geeft aan een accountant de opdracht een accountantsverklaring af te geven bij dit verantwoordingsdocument. De accountantscontrole is gericht op de juistheid van het in de verantwoording opgenomen bedrag voor direct aan zorgverzekeraars gefactureerde DBC's en het onderhanden werk, voor zover vallend onder de Zorgverzekeringswet. De accountant zal bij zijn controle uitgaan van de nauwkeurigheds- en betrouwbaarheidseisen zoals geformuleerd in het protocol behorend bij het verantwoordingsdocument.

#### Artikel 7. Aanlevering bij ZN

Het verantwoordingsdocument en de accountantsverklaring dienen voor 15 februari volgend op het verantwoordingsjaar ingediend te worden bij Zorgverzekeraars Nederland via [AIOCverantwoordingGGZ@ZN.nl](mailto:AIOCverantwoordingGGZ@ZN.nl).

## Artikel 8. Slotbepaling

Deze regeling is van toepassing op de AO/IC vanaf 1 januari 2013.

CONCEPT

## TOELICHTING

### 1. Inleiding

Om de juistheid, tijdigheid en volledigheid van de basisregistratie DBC en de facturering van DBC's te kunnen waarborgen dienen eisen te worden gesteld aan de administratieve organisatie en interne controle (AO/IC) bij de zorgaanbieders.

Om een duidelijk, handhaafbaar kader met betrekking tot de AO/IC, en de daaraan gerelateerde processen, te behouden hebben de branche-organisaties GGZ-Nederland, NFU en ZN besloten om onderhavige regeling AO/IC inzake de registratie en facturering aan te passen aan de specifieke situatie van GGZ DBC's. De regeling fungeert als normenkader. Er zijn daarom geen specifieke voorschriften in deze regeling opgenomen.

Hieronder volgt een toelichting op de regeling.

### 2. Risicoanalyse

De DBC-registratie kent kort samengevat de volgende stappen. Onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar<sup>1</sup> worden, al dan niet ondersteund door ander personeel c.q. het automatiserings-systeem, de volgende zaken vastgelegd bij een patiënt die met een zorgvraag bij hem/haar komt:

- de startdatum van de DBC;
- het zorgtype, de diagnose en behandeling<sup>2</sup>, waarmee de DBC inhoudelijk wordt getypeerd aan de hand van de typeringslijst en bijbehorende instructie;
- de einddatum van de DBC.

In de periode die ligt tussen de startdatum en de einddatum van de DBC vindt er diagnostiek, behandeling en/of controle, verblijf en dagbesteding plaats. Deze verrichtingen<sup>3</sup> worden via de verrichtingenadministratie van de instelling geregistreerd en gekoppeld aan de DBC, zodat er inzicht bestaat in het (gemiddelde) zorgprofiel per DBC. Op basis van de afgesloten DBC's factureert de instelling aan de zorgverzekeraar.

De risicoanalyse is de basis voor de controlemaatregelen. In elk geval zullen de controles zoals beschreven in artikel 5, sub 4 moeten worden uitgevoerd. Voor 2013 is een aandachtspunt de registratie van de productieparameters die van belang zijn voor de 'schaduw functionele budgettering (FB)' transitie-model.

<sup>1</sup> De wet BIG beschrijft de bevoegd- en bekwaamheden van professionals in de zorg en de WGBO regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Deze bieden ook in het gebruik van het DBC-model het leidende kader. Hoofdbehandelaars zijn die professionals die door de zorgaanbieder als bevoegd en bekwaam worden aangemerkt om een diagnose (conform DSM IV) te stellen en een behandelplan vast te stellen.

<sup>2</sup> Behandeltype wordt afgeleid.

<sup>3</sup> Onder verrichting wordt verstaan zowel activiteiten door behandelaren, dagbesteding als verblijfsdagen.

Ten behoeve van de risicoanalyse zijn de volgende uitgangspunten van belang:

- een juiste, tijdige en volledige vastlegging van de DBC's;
- een juiste, tijdige en volledige vastlegging van de essentiële verrichtingen;
- een controle op de definitieve DBC's;
- een juiste, tijdige en volledige facturering van de afgesloten DBC's door de zorgaanbieder.

In de volgende paragrafen worden deze elementen nader toegelicht. De analyse van deze elementen vormt het kader voor de nadere eisen die aan de administratieve organisatie en interne controle worden gesteld.

### 2.1 Betrouwbare en tijdige primaire vastlegging van de DBC's

De vastlegging aan de bron dient volledig, juist en tijdig te zijn. Bovendien dient de hoofdbehandelaar voor iedere patiënt überhaupt een DBC te registreren. Dit veronderstelt naast goede typeringslijsten en instructies en opleiding dat de administratieve procedures en interne controlemaatregelen goed verlopen waarmee dit gegarandeerd wordt. De koppeling tussen de ICD-codering en de diagnose code van de DBC-systematiek kan een extra middel zijn om de registratie juist en gemakkelijker te laten verlopen. De typering van de DBC gebeurt door de hoofdbehandelaar, de registratie van de DBC hoeft niet direct door de hoofdbehandelaar plaats te vinden. De hoofdbehandelaar dient bij de definitieve typering van de DBC (bij afsluiten van de DBC) expliciet zijn goedkeuring te geven (proces van autorisatie door hoofdbehandelaar).

### 2.2 Een juiste, volledige en tijdige vastlegging van de essentiële verrichtingen

Ten behoeve van een adequate bedrijfsvoering dienen verrichtingen te worden vastgelegd minimaal op zodanig niveau dat de inhoud van de DBC te controleren is. Met minimaal wordt verstaan de in de minimale dataset voorgeschreven diepgang in verrichtingenregistratie en detailenheid van tijdsregistratie. Op basis van de verrichtingen kan eventueel ook het zorgprofiel per DBC worden afgeleid. Met het zorgprofiel kan enerzijds de juistheid van de DBC-registratie worden gecontroleerd en anderzijds is het de basis voor de toekomstige prijsaanpassing van de DBC door de instelling. In het kader van het koppelen van de juiste verrichtingen aan de juiste DBC is een casenummer per DBC gewenst zodat een juiste koppeling van verrichtingen aan de juiste DBC mogelijk is.

### 2.3 Een controle op de definitieve DBC's

Naast een betrouwbare primaire vastlegging van de DBC's moet op de definitieve typering van de DBC een controle worden uitgevoerd. Hiervoor dient een interne controle functie opgezet te worden. Deze functie zou bijvoorbeeld neergelegd kunnen worden bij de reeds bestaande afdeling medische administratie. Ook is het mogelijk een aparte afdeling interne controle te vormen. De doelstelling van deze controle is om zekerheid te krijgen over de juiste, volledige en tijdige vastlegging van DBC's.

Voor de controle op de definitieve DBC's kan gebruik gemaakt worden van een controlemix waarvan statistische analyse, cijferbeoordeling en steekproefcontrole onderdeel uitmaken. Hierbij worden door de interne controlefunctie minimaal de toleranties gebruikt zoals vermeld in het controleprotocol van de accountant. De accountant zal vanwege de rol van zijn verklaring in de controleketen uitgaan van de tolerantie zoals geformuleerd in het Protocol Rechtmatigheidsonderzoek ZFW 2004 van het CVZ.

De controleur dient de terugkoppeling richting de hoofdbehandelaar te verzorgen en hiervan een vastlegging te maken (geconstateerde vraagpunten, voorgestelde wijzigingen en definitieve afhandeling). De bevoegdheid tot het aanpassen van de DBC's ligt bij de hoofdbehandelaar.

#### 2.4 Een juiste en tijdige facturering naar de zorgverzekeraar.

Hierbij gaat het om de facturering (op papier of elektronisch) die plaatsvindt op basis van de (overeengekomen) prijzen en de gecontroleerde DBC's. Hierbij moet de met de zorgverzekeraar overeengekomen informatie meegezonden worden volgens de declaratiestandaard. Het gaat daarbij om onder andere het moment van declaratie en de inhoud van de informatie. Hierbij wordt verwezen naar de Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ en andere relevante beleidsregels en regelingen van de NZa.

### 3. Processtappen en risico's

Op basis van de hiervoor beschreven uitgangspunten ten behoeve van een risicoanalyse kunnen per processtap de risico's worden benoemd. In deze paragraaf worden drie situaties beschreven aan de hand van hun individuele processtappen:

1. Patiënt met initiële zorgvraag
2. Patiënt met parallelle DBC
3. Patiënt met in de overgang van initiële DBC naar vervolg DBC

Per processtap worden de hiervoor beschreven risico's nader uitgewerkt. De beschrijving van de risico's dient als voorbeeld en is niet limitatief.

#### 3.1 Patiënt met initiële zorgvraag

De tabel hieronder beschrijft het proces dat een nieuwe patiënt, die met een nieuwe zorgvraag op de polikliniek komt, gemiddeld zal doorlopen.

Tabel 1. Proces patiënt met initiële zorgvraag

| Proces   | Risico's   |
|--|--|
| 1. Patiënt maakt afspraak  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Niet alle patiënten komen binnen op afspraak maar ook via crisisdienst .</li><li>• Niet voor alle patiënten is vooraf een afspraak geregistreerd</li><li>• Spoedgevallen die niet op de crisisdienst binnenkomen</li><li>• niet alle patiënten komen binnen via de poli maar ook via spoedeisende hulp</li><li>• De afspraak komt niet juist in het systeem of wordt niet bij de juiste patiënt vastgelegd</li></ul> |
| 2. Afspraak wordt voorbereid (invoeren patiëntnummer; status)<br>Benodigde gegevens: <ul style="list-style-type: none"><li>• Patiëntnummer</li><li>• NAW gegevens</li><li>• Burgerservicenummer (BSN)</li><li>• Verzekeringsgegevens</li><li>• Verwijzer</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Onjuiste gegevens</li><li>• Onvolledige gegevens</li><li>• De verwijzer is niet of onjuist geregistreerd</li></ul>   |

| Proces   | Risico's  |
|--|---|
| <p>3. Patiënt komt op spreekuur: openen DBC.<sup>4</sup></p> <p>Benodigde gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• openingsdatum</li> <li>• specialisme</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DBC wordt niet of te laat geopend</li> <li>• Openen DBC met verkeerde datum</li> <li>• Patiënt komt niet, DBC wordt wel geopend</li> <li>• Al eerder DBC geopend voor patiënt (bijv. crisisdienst)</li> <li>• Niet aanvragen machtiging DBC</li> <li>• Initieel zorgtype of zorgvraag niet of onjuist ingevoerd</li> <li>• De agenda wordt niet juist, tijdig en/of volledig afgewerkt waardoor er geen of een onjuiste verrichting ingevoerd wordt</li> <li>• Verrichtingen die tijdens het spreekuur worden gedaan, worden niet doorgegeven waardoor geen verrichtingencode wordt vastgelegd</li> </ul>  |
| <p>4. Patiënt wordt gediagnosticeerd<br/>Registreren diagnose-assen</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Niet alle assen worden ingevoerd</li> <li>• Diagnose wordt ingevoerd door niet-hoofdbehandelaar</li> </ul>   |
| <p>5. Patiënt doorloopt zorgtraject: verrichtingen worden vastgelegd, minimaal op zodanig niveau dat de inhoud van de DBC-typering is te controleren.</p> <p>Benodigde gegevens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• verrichtingen</li> <li>• tijdsduur activiteit behandelaar</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Geen verrichtingencode beschikbaar</li> <li>• De verrichtingencode is niet meer geldig</li> <li>• Verrichtingen en de aanvraag worden bij verschillende specialismen geregistreerd</li> <li>• De verkeerde verrichtingencode wordt geregistreerd</li> <li>• Verrichtingencode is onvoldoende gedifferentieerd</li> <li>• Er wordt geen verrichting geregistreerd (onvolledige registratie)</li> <li>• De verrichting wordt te laat geregistreerd</li> <li>• Er wordt onterechte een verrichting geregistreerd</li> <li>• De verrichting wordt op verkeerde datum vastgelegd</li> <li>• De verrichting wordt met een onjuiste aantal vastgelegd (bijv. enkel- / dubbelzijdigheid)</li> <li>• Registreren en uitvoeren zorgactiviteit waarvoor een machtiging ontbreekt</li> </ul> |
| <p>6. Typeren van de DBC door de hoofdbehandelaar tijdens zorgtraject</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• De DBC wordt niet juist of onvolledig getypeerd (dat wil zeggen niet typerend is voor de geleverde zorg)</li> <li>• De diagnosecode is niet meer actueel</li> </ul>  |
| <p>7. Registreren definitieve DBC (bij afgebroken behandeling is specifieke regelgeving van toepassing)</p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• DBC wordt niet juist geregistreerd</li> <li>• Onjuiste koppeling</li> <li>• Uitval als gevolg van koppelen van verrichtingen</li> </ul>  |

<sup>4</sup> De datum van het eerste patiëntgebonden contact is de startdatum van de DBC.

| Proces  | Risico's  |
|---|---|
| Registratie van: <ul style="list-style-type: none"> <li>eind GAF</li> <li>reden afsluiting</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Niet alle verrichtingen zijn gekoppeld aan het DBC (zwevende verrichtingen en/of te laat aangeleverde verrichtingen).</li> </ul>   |
| 8. Sluiten DBC bij laatste consult en/of verrichting (indirecte autorisatie)                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Handmatig afsluiten van verrichtingen die niet geautomatiseerd kunnen worden afgesloten</li> <li>DBC te vroeg, te laat of niet afgesloten</li> </ul>                                       |
| 9. Overall controle na afloop van DBC-registratie   | <ul style="list-style-type: none"> <li>DBC wordt onterecht goedgekeurd</li> <li>DBC wordt onterecht afgekeurd</li> </ul>  |
| 10. DBC krijgt definitieve status; gereed voor declaratie inclusief autorisatie door hoofdbehandelaar | <ul style="list-style-type: none"> <li>DBC wordt onterecht goedgekeurd</li> </ul>   |
| 11. DBC wordt gefactureerd  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Factuur met onjuiste declaratiecode</li> <li>Factuur met onjuiste tarieven</li> <li>Factuur aan onjuiste verzekeraar en/of patiënt</li> <li>Facturatie vindt niet tijdig plaats</li> </ul> |

### 3.2 Patiënt met parallelle DBC

De tabel hieronder beschrijft een parallel subtraject. De standaard procesbeschrijving zoals in de eerste tabel beschreven staat geldt in zijn geheel. Hieronder worden de aanvullingen gegeven.

*Tabel 2: Proces patiënt met parallel DBC*

| Proces  | Risico's   |
|---|--|
| 1. Tijdens zorgtraject ontstaat extra DBC (parallelle DBC)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Extra zorgvraag wordt niet onderkend</li> <li>Er wordt onterecht een extra zorgvraag onderkend en een parallelle DBC geopend</li> </ul> |
| 2. Patiënt doorloopt zorgtraject: verrichtingen worden vastgelegd minimaal op zodanig niveau dat de inhoud van de DBC-typing is te controleren. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Verrichtingen kunnen niet aan een juiste DBC gekoppeld worden</li> </ul>  |

### 3.3 Patiënt in de overgang van initiële DBC naar vervolg DBC

De tabel hieronder beschrijft het vervolgsbtraject. De standaard procesbeschrijving zoals in de eerste tabel beschreven staat geldt in zijn geheel. Hieronder worden de aanvullingen gegeven.

*Tabel 3: Proces patiënt in de overgang van initieel initiële DBC naar vervolg DBC*

| Proces  | Risico's  |
|---|---|
| 1. sluiten initiële DBC bij laatste consult en/of verrichting | <ul style="list-style-type: none"> <li>Er wordt onterecht geen vervolg DBC geopend</li> <li>er wordt onterecht een vervolg DBC geopend</li> </ul> |

## 4. Administratieve Organisatie

### Funciescheiding

In de administratieve organisatie dient functiescheiding in zowel de organisatie als de systemen geborgd te zijn. Bij een registratie aan de bron is er geen sprake van een functiescheiding tussen beschikken en registreren. Dat is geen bezwaar zolang de controlefunctie maar separaat belegd is. De tabel hieronder beschrijft de functie en de taken van de functionarissen die betrokken zijn bij basisregistratie DBC. De taakomschrijving dient als voorbeeld.

Tabel 5: Taakomschrijving functionarissen in het kader van de basisregistratie DBC

| Functie                               | Taakomschrijving   |
|---------------------------------------|--|
| Hoofdbehandelaar                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• typen van de DBC</li><li>• registreren DBC (afhankelijk van de lokale afspraken)</li><li>• Autoriseren DBC</li></ul>   |
| behandelaar                           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Registreren ondersteunende producten en verrichtingen</li><li>• Zelfcontrole registratie</li></ul>   |
| medewerkers op uitvoerende afdelingen | <ul style="list-style-type: none"><li>• Registreren verrichtingen</li><li>• Registreren DBC</li><li>• factureren DBC</li></ul>   |
| Interne controle functie              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Controle op de opzet, bestaan en werking van de AO/IC</li><li>• controle op juistheid, volledigheid en tijdigheid DBC-registratie</li><li>• Rapporteren aan het management over de uitgevoerde controles</li></ul> |
| Raad van bestuur                      | <ul style="list-style-type: none"><li>• Opstellen verantwoording gefactureerde DBC's</li></ul>   |
| Controlerend accountant               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Toetsen AO/IC n.a.v. af te geven juistheidsverklaring over totaal gefactureerde DBC's</li><li>• Afgeven juistheidsverklaring bij gedeclareerde zorgproducten</li></ul>   |

### Registratie van verrichtingen

Het bereiken van een betrouwbare basisregistratie voor DBC houdt onder meer in dat de verrichtingen die zijn uitgevoerd bij de DBC's juist, tijdig en volledig worden vastgelegd. De voorwaarde hiervoor is een goede verrichtingenadministratie. Belangrijk in dit verband zijn heldere procesbeschrijvingen met bijbehorende werkprocedures.

### Audit trail

Het is van belang de administratieve organisatie zodanig op te zetten dat een zogeheten audit-trail mogelijk is. Doel van de audit-trail is om aan de hand van de registraties na te gaan in hoeverre de geleverde zorg juist, tijdig en volledig is geregistreerd.

De audit-trail gaat uit van het principe dat in een goede DBC-registratie het zorgpad van een bepaalde DBC gevolgd kan worden op basis van het DBC-zorgtrajectnummer, het DBC-nummer, het patiëntnummer en de verrichtingen (met o.a. datum/tijd van uitvoering en door wie uitgevoerd) die in de verschillende administraties/systemen zijn vastgelegd.

CONCEPT