



Regeling administratieve organisatie en interne controle registratie en facturering DBC's GGZ

Nr. GG/NR-100.112

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa),

Gelet op artikelen 36, derde lid, artikel 37 en 68, eerste lid, van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg);

heeft de volgende regeling vastgesteld:

Artikel 1. Werkingssfeer

Deze regeling is van toepassing op zorgaanbieders die tweedelijns curatieve geestelijke gezondheidszorg (GGZ) leveren als bedoeld in de Zorgverzekeringswet (Zvw).

Artikel 2. Begripsbepalingen

In het vervolg van deze regeling wordt verstaan onder:

2.1 AO/IC

Administratieve organisatie en interne controle registratie en facturering DBC GGZ.

2.2 Zorgaanbieder

De natuurlijke persoon of rechtspersoon die beroeps- of bedrijfsmatig zorg verleent, als bedoeld in artikel 1 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, eerste lid, Wmg, tevens bedoeld op degene die een administratie voert als bedoeld in artikel 44, van de Wmg.

Waar in deze regeling wordt gesproken van zorgaanbieder wordt ingevolge artikel 62, tweede lid, Wmg, tevens bedoeld op degene die ten behoeve van de zorgaanbieder gegevens verzamelt, bewaart en bewerkt, alsmede op de groep in de zin van artikel 24b van Boek 2 van het Burgerlijk Wetboek, indien zorgaanbieders daartoe behoren.

2.3 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.

2.4 DBC

Diagnose behandelcombinatie: het geheel van prestaties van zorgaanbieders voortvloeiend uit de zorgvraag waarvoor een cliënt de zorgaanbieders consulteert.

2.5 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.

Artikel 3. Doel

Het doel van de regeling is regels te stellen aan de administratieve organisatie en interne controle van zorgaanbieders ter waarborging van de betrouwbaarheid van het DBC-systeem in de geestelijke gezondheidszorg.

Artikel 4. Minimum eisen AO/IC

4.1 Administratieve organisatie

De zorgaanbieder draagt zorg voor een beschrijving van de administratieve organisatie, gebaseerd op de volgende elementen:

1. Functiescheiding tussen beschikken (hoofdbehandelaars), registreren, en controleren. Deze functiescheiding komt tot uitdrukking in de beschrijving van functies, taken en verantwoordelijkheden
2. Een beschrijving van procedures incl. werkbeschrijvingen

3. Periodieke instructie van behandelaars en medewerkers
4. Toetsing en controle op de naleving van de voorschriften ten aanzien van de AO
5. Rapportage aan het management over de uitgevoerde controle

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 zogenaamde audit-trail mogelijk is.

4.2 *Interne controle*

Naast het opzetten, het in stand houden, en het doorlopend goed laten werken van de administratieve organisatie zorgt de zorgaanbieder middels de interne controle ervoor dat de risico's die samenhangen met het bedrijfsproces beheerst kunnen worden. Binnen de interne controle wordt onderscheid gemaakt tussen de controle die plaats vindt binnen het primaire proces en de controle door de interne controle functie.

4.2.1 *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. Controleren op juistheid van openen van een nieuwe DBC;
2. Controleren of machtigingen zijn afgegeven door de zorgverzekeraar daar waar nodig;
3. Sluiten van DBC na 365 dagen en openen vervolg DBC indien nodig. Signaleringslijst laten autoriseren door de hoofdbehandelaar;
4. Controle tijdige sluiting DBC's;
5. Controleren dat DBC's niet leeg zijn;
6. Controle volledigheid DBC typering;
7. Controle juistheid combinaties typeringscomponenten;
8. Controle juistheid combinaties van meerdere DBC's;
9. Controle op lokale normaantal verrichtingen per DBC;
10. Controle juistheid DBC typering bij sluiting;
11. Controle volledigheid DBC registratie op basis van niet aan een DBC te relateren afspraak, behandeling, verblijfsdag, dagbesteding, aanvullend onderzoek en/of geneesmiddel.
12. Afwikkeling van de signaallijsten alsmede de afwijkingen zoals geconstateerd in de controle bevindingen.

4.2.2 *Controles door de interne controle functie*

Het beleggen van een interne controlefunctie dient te zorgen voor een goede monitoring en periodieke optimalisatie van de DBC-registratie. De controle richt zich zowel op het signaleren van verschillen tussen de DBC typering en de uitgevoerde verrichtingen, als op de procedurele afspraken rondom de DBC-registratie.

Voor de controle op juiste typering is het uitgangspunt om te werken met goed opgeleide codeurs. Hierbij kan de omvang van de steekproef worden bepaald op basis van de controletolerantie uit het Protocol Rechtmatigheidsonderzoek 2004 (CVZ).

De controles door de interne controle functie omvatten het volgende

1. Controle op een juiste, volledige en tijdige vastlegging van de DBC's
2. Controle op een juiste, volledige en tijdige vastlegging van de essentiële verrichtingen
3. Controle op de juistheid van de definitieve DBC typering
4. Controle op een juiste, volledige en tijdige facturering door de instelling aan de zorgverzekeraars op basis van de afgesloten DBC's
5. Controle op een reële verhouding tussen de beschikbare tijd van behandelaars ten opzichte van de geregistreerde tijd van behandelaars
6. Oplevering periodieke controlerapportages aan het lijnmanagement over de uitgevoerde controles (zie hoofdstuk 2)
7. Het systematisch vastleggen van gesignaleerde (mogelijke) fouten, de terugkoppeling hiervan naar de (hoofd)behandelaars en het uitvoeren van eventuele correcties in de DBC registratie
8. De rapportage over de opzet, het bestaan en voortdurende goede werking van de AO/IC aan het management, is zodanig dat de Raad van Bestuur op basis hiervan een verklaring af kan geven over de DBC-registratie en de DBC-facturering (=productie).

4.2.3 *Zelfstandig gevestigde zorgaanbieders in de curatieve GGZ*

Zelfstandig gevestigde zorgaanbieders als bedoeld in artikel 2.3 dienen te declareren in DBC's kunnen niet aan de eisen van artikel 4.2.2 voldoen vanwege onder andere het ontbreken van functiescheiding zoals daarvan sprake is bij zorginstellingen. Dit neemt echter niet weg dat de bedoeling van deze regeling, het voeren van een juiste en volledige DBC-registratie en declaratie, onverkort van toepassing is op zelfstandig gevestigde zorgaanbieders.



Zelfstandig gevestigde zorgaanbieders dienen daartoe een actuele beschrijving beschikbaar te hebben op welke wijze de DBC-registratie wordt gevoerd, declaratie plaatsvindt en op welke wijze invulling wordt gegeven aan de controle daarvan.

Deze beschrijving dient op verzoek ter beschikking te worden gesteld aan verzekeraars en/of NZa. In het kader van de handhaving kan de NZa een nader onderzoek instellen.

Artikel 5. Verklaring zorgaanbieder

Het bestuur van de instelling legt jaarlijks voor 1 juni op het daartoe bestemde formulier een verklaring af over de juistheid en de volledigheid van de gerealiseerde productie over het voorafgaande jaar. Daarbij wordt aangegeven in welke mate is voldaan aan de voorwaarden van deze regeling. Indien niet of niet volledig aan de voorwaarden van deze regeling is voldaan, geeft het bestuur aan welke onderdelen dit betreft, wat de reden is waarom op deze onderdelen niet is voldaan aan de regeling en welke maatregelen zijn getroffen om de werking van de AO/IC op deze onderdelen te verbeteren.

Artikel 6. Slotbepaling

De regeling kan worden aangehaald als 'Regeling AO/IC DBC GGZ'.

Deze Regeling treedt in werking met ingang van de tweede dag na de dagtekening van de Staatscourant waarin zij wordt geplaatst.

Met de inwerkingtreding van deze Regeling wordt de Regeling AO/IC DBC GGZ met nummer GG/NR 100.040 ingetrokken.

*De Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,
C.C. van Beek MCM,
voorzitter a.i.*

TOELICHTING

Wijziging

In deze gewijzigde versie zijn enkele technisch-juridische aanpassingen en aanvullingen doorgevoerd. De werkingssfeer is aangepast in verband met de overgang van de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de Zvw. Voorts is de begripsbepaling aangepast. Daarin is nu geëxpliciteerd dat de regeling ook van toepassing is op degenen die voor de zorgaanbieder een administratie voeren. Dit is van belang omdat zorgaanbieders soms deel uitmaken van een groep van rechtspersonen of hun administratie uitbesteden.

Artikel 4.2.3 is van toepassing op zelfstandig gevestigde zorgaanbieders. Daaronder worden verstaan alle 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 (de verplichting is dus niet alleen van toepassing op vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten).

In artikel 5 is beschreven dat het bestuur van de zorgaanbieder jaarlijks voor 1 juni op het daartoe bestemde formulier een verklaring aflegt over de juistheid en de volledigheid van de gerealiseerde productie over het voorafgaande jaar. Daarbij wordt aangegeven in welke mate is voldaan aan de voorwaarden van deze regeling. Via het formulier 'Verantwoordingsdocument DBC GGZ-omzet' en het formulier 'Nacalculatie op geleverde productie', opgenomen in de Beleidsregel procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten, wordt de accountantsverklaring over het totaalbedrag van de over het voorafgaande jaar gefactureerde DBC's, de gerealiseerde productie en de AO/IC DBC-GGZ afgegeven.

Artikel 5, tweede lid is komen te vervallen. De accountantsverklaring zelf komt niet te vervallen. De accountantscontrole over is ook al opgenomen in de Beleidsregel procedure en indieningstermijnen vaststelling en verrekening aanvaardbare kosten, te weten via het formulier 'Verantwoordingsdocument DBC GGZ-omzet' en het formulier 'Nacalculatie op geleverde productie'. In de laatste versie van de genoemde beleidsregel is de termijn voor deze accountverklaring overigens verlengd tot 1 juni.

Algemeen

1. Inleiding

Ter waarborging van de betrouwbaarheid van de DBC-systematiek in de geestelijke gezondheidszorg dienen minimum 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 creëren heeft de NZa besloten om onderhavige Regeling AO/IC DBC-GGZ vast te stellen met ingang van 1 januari 2007. Hieronder volgt een toelichting op de regeling.

2. Wettelijke grondslagen

De Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) bevat een aantal basisvereisten omtrent AO/IC (zie onder andere artikel 36, eerste en tweede lid Wmg) en geeft daarnaast in artikel 36, derde lid, Wmg de NZa de bevoegdheid om nadere regels vast te stellen om een verdere uitwerking van het in de wet bepaalde inzake AO/IC gestalte te geven.

Voorts kan de NZa op grond van artikel 37 Wmg regels stellen inhoudende aan wie, door wie of op welke wijze, onder welke voorwaarden of met inachtneming van welke voorschriften of beperkingen een tarief in rekening wordt gebracht. Het gaat daarbij, kortweg, om declaratie- en/of factureringsvoorschriften. Voor de geestelijke gezondheidszorg is hiervoor de Regeling declaratiebepalingen DBC GGZ vastgesteld.

Daarnaast heeft de NZa op grond van artikel 68, eerste lid, Wmg de mogelijkheid om regels te stellen met betrekking tot het aanleveren van inlichtingen welke redelijkerwijs voor de uitvoering van deze wet van belang kunnen zijn, al dan niet voorzien van een bevestigende accountantsverklaring.

3. Algemeen

In de regeling is voorgeschreven dat de interne controle afdeling/functionaris zorgdraagt voor een rapportage aan het management over de opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC. Op basis van deze rapportage wordt de Raad van Bestuur in staat gesteld een verklaring af te geven over de DBC-registratie en DBC-facturatie en derhalve ook over de omvang van de gerealiseerde productie.

Vervolgens geeft de accountant een verklaring af over de juistheid en de volledigheid van de gefactureerde omzet.

Het bekostigingssysteem DBC GGZ wordt gebaseerd op de geleverde prestaties en hiermee samenhangende kosten. Deze prestaties worden vastgelegd in eenduidig gedefinieerde zorgproducten oftewel zogenoemde diagnose behandeling combinaties (DBC's). Een Diagnose Behandeling Combinatie typeert de zorg volgens een methodiek waarbij de zorgvraag wordt gekoppeld aan de geregistreerde activiteiten en verrichtingen (behandeling, dagbesteding, verblijf, geneesmiddelen en aanvullend onderzoek). Het middelenbeslag van de zorgaanbieder en de werklast van de zorgverleners voor de uitvoering van de activiteiten worden aan deze producten toegerekend en vormen de basis voor de facturering. Dit leidt tot een tweetal constatering.

Ten eerste zal de Raad van Bestuur of Directie van de GGZ-instelling zeker willen stellen dat er sprake is van juistheid, volledigheid en tijdigheid van de gefactureerde DBC's, omdat de omzet van een GGZ-instelling in de DBC-systematiek hierdoor geheel of gedeeltelijk wordt bepaald. Dat maakt een goede opzet en de doorlopend goede werking van een adequate administratieve organisatie (AO) noodzakelijk.

Ten tweede heeft de zorgverzekeraar een regierol binnen het decentrale sturingsmodel waarin de zorgverzekeraar onderhandelt over prijs, volume en kwaliteit. Daardoor is feitelijk een groot deel van de verantwoordelijkheid voor toegankelijke, doelmatige en betaalbare zorg bij de zorgverzekeraar neergelegd. De zorgverzekeraar functioneert binnen formele randvoorwaarden (overheid en toezicht) en binnen een maatschappelijke context (o.a. politiek) waarin aan uitvoerders van zorgverzekeringen formele eisen worden gesteld. Deze eisen zullen zich ook vertalen in de wijze waarop de zorgverzekeraar zich moet verantwoorden aan de toezichthouder en/of de overige belanghebbenden. De wijze waarop dit plaatsvindt wordt uitgewerkt in een afzonderlijke notitie. De hoofdlijn is dat de verzekeraar zo weinig mogelijk zelf belastende controles ter plaatse bij de GGZ-instellingen gaat instellen. In deze opzet speelt de verantwoording die de zorgaanbieder aflegt over de juistheid en de volledigheid van de gerealiseerde productie, met inachtneming van de werking van de Administratieve Organisatie en Interne Controle (AO/IC) ten aanzien van de DBC-vastlegging, een belangrijke rol. Deze regeling behandelt in dit kader de minimum eisen welke zijn te stellen aan de AO/IC op het gebied van DBC-registratie en facturering in en door de GGZ-instelling. Dit document is van toepassing op alle aanbieders die GGZ-DBC's leveren, zowel instellingen als zelfstandig gevestigde praktijken. Voor de zelfstandig gevestigde praktijken is in de regeling een specifieke bepaling opgenomen op grond waarvan met een eenvoudiger controlemiddel kan worden verstaan. Van de zelfstandig gevestigde praktijken wordt verwacht dat zij handelen 'in de geest van de regeling'. Voor deze aanbieders kunnen administratievoorschriften opgesteld worden (bijvoorbeeld eisen aan dossiervorming, agendabeheer etc.).

4. Risicoanalyse

De DBC-registratie kent kort samengevat de volgende stappen. Onder verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar¹ worden, al dan niet ondersteund door ander personeel c.q. het automatiseringssysteem, 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 behandeling², waarmee de DBC inhoudelijk wordt getypeerd aan de hand van de typeringslijst en bijbehorende instructie;
- de einddatum van de DBC.

In praktijk kan de uitvoering van de DBC-registratie verschillen. De geschetste situatie vormt de meest standaard uitvoering van de DBC-registratie. De vereiste gegevens zullen in elke uitvoeringsvorm het uitgangspunt moeten vormen.

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 verrichtingen³ 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.

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

¹ De wet BIG beschrijft de bevoegd- en bekwaamheden van professionals in de zorg en de WGBB 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.

² Behandeltipe wordt afgeleid.

³ Onder verrichting wordt verstaan zowel activiteiten door behandelaren, dagbesteding, verblijfsdagen.



1. Een juiste, volledige en tijdige vastlegging van de DBC's;
2. Een juiste, volledige en tijdige vastlegging van de essentiële verrichtingen;
3. Een controle op de definitieve DBC's;
4. Een juiste, volledige en tijdige facturering door de instelling aan de zorgverzekeraars over de afgesloten DBC's.

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.

4.1 Betrouwbare en tijdige primaire vastlegging van 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).

4.2 Een juiste, volledige en tijdige vastlegging van 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 detailniveau 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.

4.3 Een controle op de definitieve DBC-typering

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.

4.4 Een juiste, volledige en tijdige facturering naar de zorgverzekeraar

Hierbij gaat het om de facturering die plaatsvindt op basis van de (overeengekomen) prijzen en de gecontroleerde DBC's. Dit kan op papier of elektronisch plaatsvinden. 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 (beschikbaar op de website www.nza.nl).

5. Processtappen en risico's

Op basis van de in het voorgaande hoofdstuk beschreven uitgangspunten ten behoeve van een risicoanalyse kunnen per processtap de risico's worden benoemd. In dit hoofdstuk wordt een drietal situaties (proces patiënt met initiële zorgvraag; parallelle DBC's en de vervolg DBC) beschreven aan de



hand van hun individuele processtappen. Per processtap worden de in hoofdstuk 2 beschreven risico's nader uitgewerkt. 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	• niet alle patiënten komen binnen op afspraak maar ook via crisisdienst [2.1] • niet voor alle patiënten is vooraf een afspraak geregistreerd [2.1] • spoedgevallen die niet op de crisisdienst binnen komen [2.1] • niet alle patiënten komen binnen via de poli maar ook via spoedeisende hulp of <i>verblijfsafdeling</i>
2. afspraak wordt voorbereid (invoeren patiëntnummer; status) benodigde gegevens: – Patiëntnummer – NAW gegevens – Verzekeringsgegevens	• onjuiste gegevens [2.1] • onvolledige gegevens [2.1]
3. patiënt komt op spreekuur openen DBC ¹ ; benodigde gegevens: – openingsdatum – specialisme	• DBC wordt niet geopend [2.1] • openen DBC met verkeerde datum [2.1] • patiënt komt niet, DBC wordt wel geopend [2.4] • al eerder DBC geopend voor patiënt (bijv. crisisdienst) [2.1] • niet aanvragen machtiging DBC [2.4] • initieel zorgtype en zorgvraag niet of onjuist ingevoerd [2.1]
3b. patiënt wordt gediagnosticeerd – registreren diagnose-assen	• niet alle assen worden ingevoerd [2.1] • diagnose wordt ingevoerd door niet-hoofdbehandelaar [2.1]
4. patiënt doorloopt zorgtraject: verrichtingen worden vastgelegd , minimaal op zodanig niveau dat de inhoud van de DBC-typing is te controleren Registratie van: – verrichtingen – tijdsduur activiteit behandelaar	• verrichtingen en de aanvraag worden bij verschillende specialismen geregistreerd [2.2] • verkeerde verrichtingencode wordt geregistreerd [2.2] • verrichtingencode is onvoldoende gedifferentieerd [2.2] • foutieve tijdsregistratie [2.2]
5. typeren DBC door hoofdbehandelaar tijdens zorgtraject	• DBC wordt niet juist getypeerd [2.1 / 2.3] • DBC wordt niet volledig getypeerd [2.1 / 2.3]
6. registreren definitieve DBC (bij afgebroken behandeling is specifieke regelgeving van toepassing) Registratie van: – eind GAF – reden afsluiting	• DBC wordt niet juist geregistreerd [2.3] • het registreren van onmogelijke (combinaties van) DBC's [2.3]
7. sluiten DBC bij laatste consult en/of verrichting (indirecte autorisatie)	• DBC te vroeg [2.1] • te laat [2.1] • of niet afgesloten [2.1]
8. overall controle na afloop van DBC-registratie	• DBC wordt onterecht goedgekeurd [2.3] • DBC wordt onterecht afgekeurd [2.3]
9. DBC krijgt definitieve status ; gereed voor declaratie; inclusief autorisatie door hoofdbehandelaar	• DBC wordt onterecht goedgekeurd [2.3]
10. DBC wordt gefactureerd .	• Onjuiste factuur [2.4]

¹ De datum van het eerste patiëntgebonden contact is de startdatum van de DBC.

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

Tabel 2: Proces patiënt met parallelle DBC

Proces	Risico's
11. tijdens zorgtraject ontstaat extra DBC (parallelle DBC)	• extra zorgvraag wordt niet onderkend [2.1] • extra zorgvraag wordt onterecht erkend [2.1]
12. patiënt doorloopt zorgtraject: verrichtingen worden vastgelegd , minimaal op zodanig niveau dat de inhoud van de DBC-typing is te controleren	• verrichtingen kunnen niet aan juiste DBC gekoppeld worden [2.2]

De tabel hieronder beschrijft de vervolg DBC. 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 initiële DBC naar vervolg DBC

Proces	Risico's
13. sluiten initiële DBC bij laatste consult en/of verrichting	• er wordt onterecht geen vervolg DBC geopend [2.1] • er wordt onterecht een vervolg DBC geopend [2.1 / 2.3]

6. Minimum eisen AO/IC

De basis voor een adequaat risicobeheer wordt gelegd door een goede administratieve organisatie. Nadere zekerheid kan worden verkregen door het inzetten van interne controle. Beide aspecten worden hieronder uitgewerkt.

Een goede administratieve organisatie rondom de DBC vormt de basis voor een goede vastlegging van het DBC proces. De AO moet volledig beschreven worden.

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 autorisatie van de DBC typering behoeft niet door de (hoofd)behandelaar zelf te geschieden maar valt wel onder de verantwoordelijkheid van de (hoofd)behandelaar.

Tabel 4. Taakomschrijving functionarissen in het kader van de bedrijfsvoering DBC

Functie	Taakomschrijving
Hoofdbehandelaar	– verantwoordelijkheid typeren DBC – registreren DBC (afhankelijk van de lokale afspraken) – zelfcontrole DBC-registratie – verantwoordelijkheid autoriseren DBC
Behandelaar	– registreren ondersteunende producten en verrichtingen – zelfcontrole registratie
medewerkers uitvoerende afdelingen	– registreren verrichtingen – registreren DBC – factureren DBC
Interne controle functie	– controle op juistheid, volledigheid en tijdigheid DBC-registratie – controle op de opzet en werking van de AO/IC
Raad van bestuur	– opstellen verklaring inzake juistheid en volledigheid gerealiseerde productie onder toepassing AO/IC
Controlerend accountant	– toetsing AO/IC naar aanleiding van af te geven juistheidsverklaring over totaal gefactureerde DBC's – opstellen onderzoeksrapport registratie en facturering DBC

Het bereiken van een betrouwbare DBC-registratie houdt in dat de essentiële verrichtingen die zich voordoen bij de DBC's juist en volledig worden vastgelegd. De voorwaarde hiervoor is een goede verrichtingenadministratie. Op basis hiervan kunnen de voor de typering essentiële verrichtingen aan het juiste DBC-nummer worden gekoppeld. Alleen op die wijze kunnen betrouwbare zorgprofielen vorm krijgen en kan de DBC-typering inhoudelijk gecontroleerd worden.

Het is van belang de administratieve organisatie zo op te zetten dat een zogenaamde audit-trail mogelijk is. 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 en het patiëntnummer. Voor iedere DBC kan op die manier nagezocht worden of de DBC-typering inderdaad terecht is.

Voorbeeld: een DBC volgt het volgende pad van registratie binnen de verschillende administraties:

<dossier A → systeem B → systeem C → dossier D → systeem E>

Na de definitieve registratie van de DBC moet het mogelijk zijn om tijdens en achteraf aan de registratie van de DBC in de verschillende administraties de uitgevoerde verrichtingen, behandelingen met tijdstip e.d uit het zorgpad van de patiënt te controleren op correctheid.

De audit-trail biedt bovendien niet alleen de mogelijkheid om achteraf DBC paden te controleren maar maakt het tevens mogelijk om tijdens de DBC-registratie de status van bepaalde DBC's na te zoeken.

7. Interne Controle

In artikel 4.2 zijn de voorwaarden opgenomen voor de interne controle. Bij de voorwaarden kunnen nog een aantal aanbevelingen worden gegeven. Ten aanzien van de controle in het primaire proces gaat het om de volgende aanbevelingen:

Bij punt 1 wordt aanbevolen om bij geautomatiseerde registratie melding maken van het feit dat er een parallelle DBC geopend wordt. Bij punt 4 wordt aanbevolen een signaleringslijst aan te leggen met DBC's waarvoor geen vervolgafspraken, wachtlijstinschrijving of geplande opname aanwezig zijn en een signaleringslijst met DBC's die de lokale normdoorlooptijd hebben overschreden. Bij punt 5 wordt aanbevolen gebruik te maken van een signaleringslijst van afgesloten DBC's zonder verrichtingenprofiel. Bij punt 6 wordt een ingebouwde controle op het vullen van velden binnen een DBC typering aanbevolen. Melding afwijkingen via signaleringslijst. Bij punt 7 wordt een controle aanbevolen door toetsing aan tabel met alle medisch mogelijke DBC's. Bij punt 8 wordt controle aanbevolen met behulp van de tabel niet mogelijke DBC-combinaties. Bij punt 9 wordt een signaleringslijst aanbevolen met DBC's die sterk afwijken van de lokale norm voor het aantal verrichtingen van de DBC. Bij punt 10 wordt een geautomatiseerde controle van de typering aanbevolen door toetsing aan een tabel met een aantal essentiële verrichtingen per DBC.

Verder wordt geadviseerd om de startdatum automatisch in te vullen bij openen DBC (handmatig kan datum gewijzigd worden) en om automatisch de defaultwaarde reguliere zorg te registreren bij openen DBC voor een nieuwe patiënt. Tenslotte wordt ten aanzien van het primaire proces geadviseerd een netwerk van controletotalen op te zetten. Een netwerk van controle totalen (verbandscntrole) is een methode om achteraf de volledigheid van de DBC-registratie te controleren. Het is dat netwerk van controle totalen dat vanaf de primaire vastlegging van de DBC tot en met de declaratie op basis van het casenummer ervoor zorgt dat alle registraties volledig zijn. Voorbeeld: systeem A heeft na telling 100 registraties geproduceerd. De registraties worden door systeem A doorgegeven aan systeem B. Wanneer er na telling wederom 100 registraties in systeem B bestaan, is zeker dat er geen gegevens verloren zijn gegaan en de registratie compleet is. Om het netwerk van controle totalen te kunnen uitvoeren dient deze mogelijkheid vooraf in het systeem te zijn ingebouwd en een actieve status hebben.

Aanvullend op de in artikel 4.2.2 opgenomen voorwaarden voor de controles door de interne controle functie kunnen bij een nadere controle op de medisch inhoudelijke juistheid van de definitieve typering kunnen de volgende middelen worden ingezet.

- Statistische analyse van het totale DBC-profiel (aantal DBC's per cluster) van de GGZ-instelling en een analyse van dit profiel in de tijd. Afwijkingen kunnen verklaard worden en zijn een aanleiding van nadere controle bij niet verklaarde afwijkingen.
- Verbandscntrole op DBC niveau waarbij relaties gelegd worden met andere registraties.
- Statuscontrole: controle door de medisch codeur van de typering met behulp van het medisch dossier. De statuscontrole kan toegepast worden op basis van signalen uit de voorgaande controlestappen en/of op basis van een a-selecte steekproef.
- Het monitoren en up-to-date houden van de typeringslijsten en instructies.
- Steekproefcontrole of medewerker onder betreffend beroep mag registreren (wet BIG, genoten opleidingen)

8. Handhaving

De NZa is op grond van artikel 76, 82 en 85 van de Wmg ter handhaving van deze regeling bevoegd tot het geven van een aanwijzing, het toepassen van bestuursdwang en tot het opleggen van een boete.