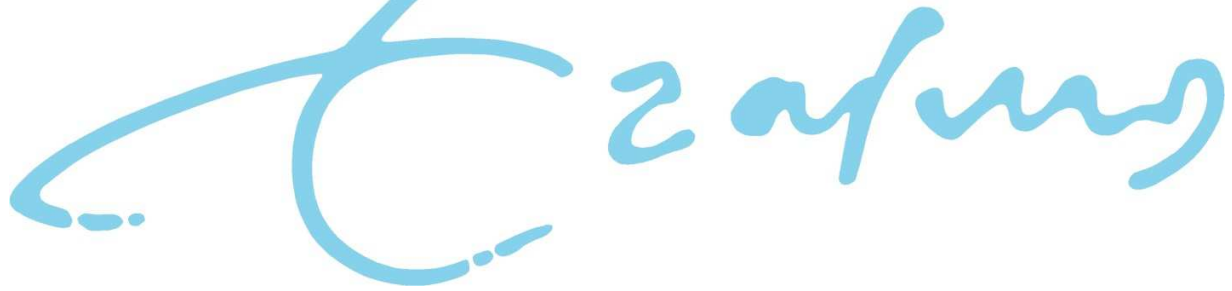


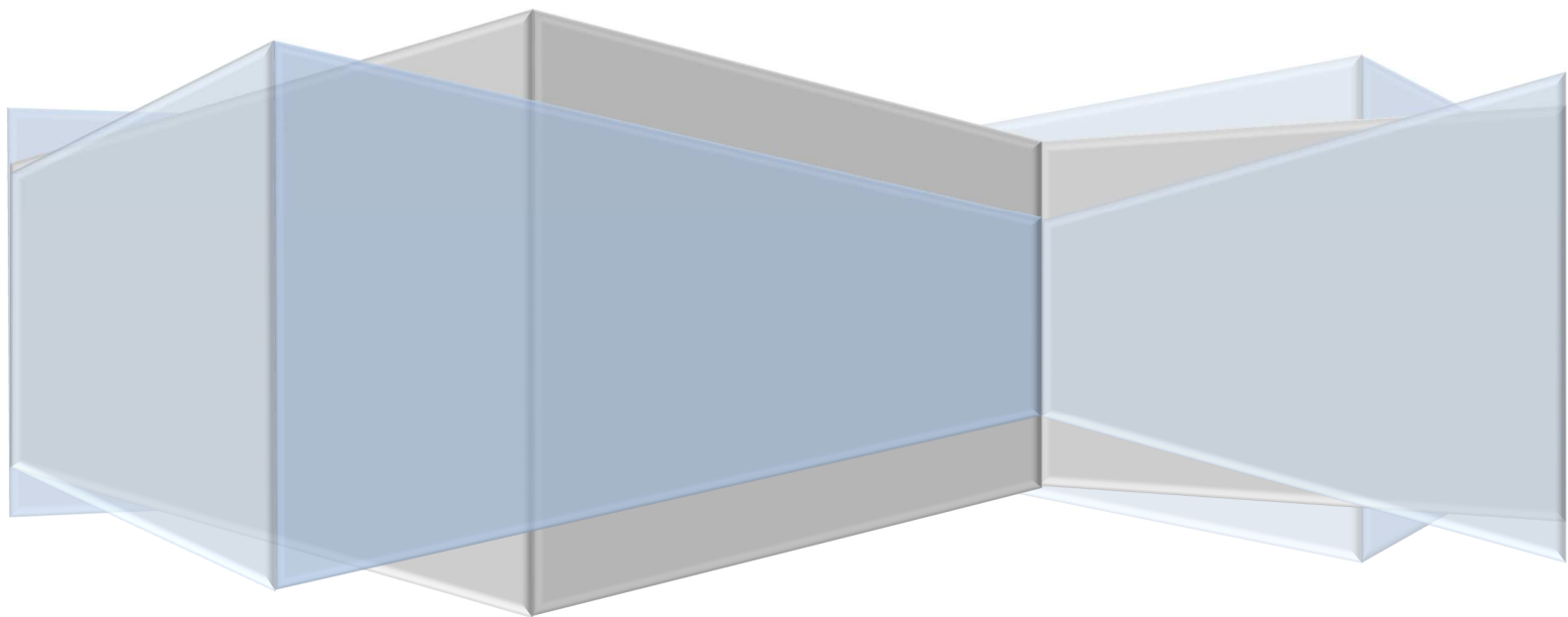
Erasmus MC

Universitair Medisch Centrum Rotterdam



Ziekenhuis op weg naar transparantie

Certificering van de AO/IC aangaande het DBC-registratie- en declaratieproces



“When I achieve control, I will become certified – and thereby create the needed confidence in order to decrease the number of checks.”

-Projectplan Verantwoord Declareren-

Bachelorscriptie

juni 2015

W.A. (Wilmer) Wink
Accountancy
0838864

In opdracht van:

Erasmus Medisch Centrum
's-Gravendijkwal 230
3015 CE Rotterdam

In samenwerking met:

Hogeschool Rotterdam
Kralingse Zoom 91
3063 ND Rotterdam

Bedrijfsbegeleider:

Drs. T. Dutilh RO CIA

Begeleidend docent:

Mw. Y. Allali

Voorwoord

Het rapport dat u nu in handen hebt, is het resultaat van mijn afstudeeronderzoek bij het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam. Voor de totstandkoming van deze scriptie is onderzocht op welke wijze het ziekenhuis de certificering van de AO/IC met betrekking tot het DBC-registratie- en declaratieproces dient te realiseren. Hierbij is het de bedoeling dat ook andere ziekenhuizen hun voordeel kunnen doen met de resultaten van dit onderzoek.

De afgelopen maanden gingen mijn gedachten weleens naar de geschiedenislessen op de basisschool. De meester vertelde dan onder andere verhalen over de middeleeuwen. Zo vertelde hij ook over de gilden. Dit waren organisaties van mensen die hetzelfde vak uitoefenen. Voordat je lid werd van zo'n gilde, ging je als gezelschap in de leer bij een gildemeester en legde je ter afsluiting van het leertraject een meesterproef af. Hiermee liet je zien dat je het ambacht beheerste. Nu, een scriptie is in feite ook een meesterproef. Je sluit hiermee de gevolgde opleiding af en laat zien dat je aan de competenties vanuit de opleiding voldoet.

Deze 'meesterproef' was er niet gekomen zonder de hulp van andere personen. Ik wil iedereen, die heeft bijgedragen aan de totstandkoming van dit rapport, daarom hartelijk bedanken. In het bijzonder gaat mijn dank uit naar mw. Allali en dhr. Dutilh. Hun respons op de door mij opgeleverde stukken en hun adviezen gedurende het afstudeertraject waren en zijn van grote waarde. Mijn dank is groot!

Langerak, juni 2015

W.A. (Wilmer) Wink

Samenvatting

In dit rapport staat de certificering van de AO/IC omtrent het DBC-registratie- en declaratieproces centraal. De centrale onderzoeksvraag hierbij luidt: *Op welke wijze dient het ziekenhuis de certificering van de AO/IC rondom het DBC-registratie- en declaratieproces te realiseren?* Deze vraag is beantwoord door literatuuronderzoek en praktijkonderzoek en dat heeft geleid tot beantwoording van de deelvragen en daarmee tot het antwoord op de centrale onderzoeksvraag. Hierbij is een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Nieuwe bekostigingssystematiek

De invoering van het nieuwe bekostigingssysteem bij de ziekenhuizen heeft geleid tot moeilijkheden rondom het declareren van zorgprestaties. Hierdoor is het wantrouwen tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen groter geworden en de controledruk vanuit de verschillende partijen toegenomen. Ook heeft de systeemcomplexiteit geleid tot onzekerheden met betrekking tot de omzetverantwoording, waardoor de accountant minder gemakkelijk een goedkeurende verklaring kon geven. Om deze knelpunten weg te nemen is certificering van de AO/IC een maatregel om meer transparantie en zekerheid naar de zorgverzekeraars toe te bieden. Tegelijk helpt deze maatregel bij de concretisering van een betere AO/IC.

Certificering

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat het ziekenhuis voor de certificering uit dient te gaan van een Standaard 3000-rapportage met als scope de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen gedurende een halfjaar. Voor het uitbrengen van deze rapportage dienen de interne beheersingsmaatregelen te worden getoetst. Hiervoor dient een controleprotocol opgesteld te worden. Het protocol dient te voldoen aan de eisen vanuit de NBA. Het protocol van de Revalidatiecentra Nederland en de *Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ* kunnen als voorbeeld dienen. De eerste certificering kan naar verwachting in 2016 plaatsvinden.

Aanbevelingen

Voor de certificering dient de AO/IC in kaart gebracht te worden. Hiervoor kunnen het normenkader en de formats, zoals deze ten behoeve van de certificering zijn opgesteld, gebruikt worden. Gebleken is dat de huidige methode van AO/IC beschrijven leidt tot het wegnemen van de knelpunten en leidt tot certificering. Daarom, en ook omdat het normenkader landelijk is, adviseer ik andere ziekenhuizen die het certificeringstraject ingaan gebruik te maken van de methode zoals deze bij het Erasmus MC gehanteerd is. Ik raad daarbij wel aan om in plaats van tijdens zogenoemde snelkookpansessies met slechts enkele personen de controledoelstellingen uit te werken. Om de kosten van de certificering te drukken, zou het ziekenhuis de toetsing zelf kunnen uitvoeren. De certificerende partij hoeft dan alleen te onderzoeken of de toetsing correct is uitgevoerd. Dit bespaart werkzaamheden en daarmee kosten, terwijl de uiteindelijke certificering wel door een externe accountant uitgevoerd is. Het ziekenhuis heeft hiervoor medewerkers in huis die dit zouden kunnen doen.

Inhoudsopgave

Afkortingen en begrippen	7
Inleiding.....	8
Conceptueel ontwerp	8
Aanleiding.....	8
Doelstelling.....	9
Probleemstelling.....	9
(Begrips)afbakening	9
Technisch ontwerp	10
Onderzoeksmethodiek.....	10
Onderzoeksmodel	12
Leeswijzer.....	12
1. De bekostigingssystematiek van ziekenhuizen.....	13
1.1 Functiegerichte budgettering.....	13
1.2 Invoering DBC's	14
1.3 DBC en DOT.....	15
1.4 Prestatiebekostiging.....	16
1.5 Samenvatting en conclusie.....	17
2. De relatie tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de accountant	18
2.1 Invoering marktwerking.....	18
2.2 Relatie ziekenhuis met zorgverzekeraar	20
2.3 Relatie ziekenhuis met accountant.....	21
2.4 Maatregelen	22
2.5 Samenvatting en conclusie.....	23
3. De certificeringsmogelijkheden	24
3.1 Certificering op basis van standaard 3402.....	24
3.2 Certificering op basis van standaard 3000.....	26
3.3 Certificering op basis van standaard 4400.....	26
3.4 Certificering op basis van ISO-normen.....	27
3.5 Samenvatting en conclusie.....	27
4. De kaders van het controleprotocol.....	29
4.1 Controleprotocol	29

4.1.1 Definitie.....	29
4.1.2 Doel	30
4.1.3 Inhoud.....	30
4.1.4 Kenmerken.....	31
4.2 Standaard 3000.....	34
4.3 Voorbeelden controleprotocol.....	35
4.3.1 Controleprotocol Revalidatie Nederland.....	35
4.3.2 Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ.....	36
4.4 Kaders controleprotocol	36
4.5 Samenvatting en conclusie.....	37
5. De beschrijving van de AO/IC	38
5.1 Basisvereisten AO/IC-beschrijving.....	38
5.2 Huidige methodiek.....	38
5.3 Analyse formats	40
5.4 Beoordeling methodiek	41
5.5 Samenvatting en conclusie.....	42
6. Conclusie en aanbevelingen	44
6.1 Deelvragen.....	44
6.2 Centrale onderzoeksvraag	46
6.3 Aanbevelingen.....	47
Nawoord.....	49
Literatuurlijst.....	50
Bijlagen.....	54
Bijlage A – Interviews.....	54
Bijlage B – Essay: Fraude omdat het moet.....	60
Bijlage C – Normenkader	64
Bijlage D – Invulinstructie formats.....	65
Bijlage E – Voorbeeld format.....	66

Afkortingen en begrippen

Afkortingen

COPRO = werkgroep Controleprotocollen (werkgroep van de NBA)

CTG = College Tarieven Gezondheidszorg (in 2006 opgegaan in de NZa)

DBC = Diagnose Behandel Combinatie

DIS = DBC-informatiesysteem

DOT = DBC's Op weg naar Transparantie

HRA = Handleiding Regelgeving Accountancy

ISAE = International Standard on Assurance Engagements

MSZ = medisch specialistische zorg

NBA = Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants

NFU = Nederlandse Federatie van Universitair medische centra

NIVRA = Nederlands Instituut van Registeraccountants (per 1-1-2013 opgegaan in de NBA)

NV COS = Nadere Voorschriften Controle- en Overige Standaarden (onderdeel HRA)

NVZ = Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

NZa = Nederlandse Zorgautoriteit

UMC = universitair medisch centrum

VWS = ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

ZN = Zorgverzekeraars Nederland

Begrippen

AO/IC = administratieve organisatie en interne controle, het geheel van maatregelen die nodig zijn om het proces van gegevensverwerking zo op te zetten dat de medewerkers in de organisatie die informatie krijgen om de taken te kunnen uitvoeren om leiding te kunnen geven en verantwoording te kunnen afleggen.¹

Certificering = door onafhankelijke derde uitgebrachte rapportage, bevattend een oordeel over het controleobject en bevindingen naar aanleiding van de controleopdracht.

Monitoring = controle op naleving.

RSAD-model = registreren, samenvatten, afleiden en declareren. Met deze woorden wordt het registratie- en declaratieproces samengevat.

Soft controls = maatregelen om het gedrag van medewerkers en culturele aspecten binnen de organisatie te sturen.

Valuecare = programma dat dagelijks geautomatiseerd controleert of handelingen volledig, juist en tijdig worden uitgevoerd. Dit biedt grip op operationele processen en de mogelijkheid om tijdig bij te sturen.

¹ Boxel, Korstjens, Leeftink e.a., 2010, p. 33

Inleiding

Conceptueel ontwerp

Aanleiding

Zowel vanuit de ziekenhuizen, zorgverzekeraars, banken, accountants, overheid en politiek wordt aangedrongen op een goed, dat is betrouwbaar, rechtmatig, tijdig en efficiënt DBC-registratie- en declaratieproces. De dagelijkse praktijk met hoge administratieve lasten laat zien dat er van een goed registratie- en declaratieproces nog geen sprake is.² Ook de boetebesluiten van de NZa geven aan dat het DBC-registratie- en declaratieproces bij ziekenhuizen niet aan bovenstaande criteria voldoet.³ Een belangrijke oorzaak hiervan is de complexiteit van (de overgang naar) het systeem van declaratie en bekostiging van de medisch specialistische zorg.

Het feit dat het DBC-registratie- en declaratieproces niet aan de genoemde criteria voldoet, leidt ertoe dat zorgverzekeraars twijfelen aan de rechtmatigheid van declaraties. Een zorgverzekeraar zal de declaratie alleen betalen als deze vindt dat de declaratie rechtmatig (d.w.z. juist, volledig en tijdig) is. Wanneer er tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar verschil van mening is over de rechtmatigheid van declaraties, staat daarmee ook de omvang van de omzet van het ziekenhuis ter discussie. Er kan dan moeilijk een getrouw beeld van de omzet gevormd worden. Dit heeft ertoe geleid dat er voor het boekjaar 2013 aan de ziekenhuizen binnen de reguliere wettelijke termijn geen goedkeurende controleverklaring verstrekt kon worden.⁴

Om een goed DBC-registratie- en declaratieproces tot stand te brengen, zijn diverse initiatieven ontwikkeld. Een daarvan is afkomstig van Revalidatie Nederland en ZN. Dit initiatief werkt toe naar verantwoording op basis van onderling vertrouwen tussen partijen en is gericht op de kwaliteit van processen. Deze aanpak is meer gericht op systeemgerichte controles in de processen dan op gegevensgerichte controles achteraf. Nu is het omgekeerde het geval. Met dit initiatief streven bovengenoemde partijen naar certificering van de AO/IC rondom de declaratie van zorg van revalidatiecentra. Dit heeft als doel een redelijke mate van zekerheid over de effectieve werking van de AO/IC rondom het declaratieproces te verschaffen.

In navolging hiervan hebben de NVZ, NFU en ZN afgesproken om voor ziekenhuizen ook een werkwijze voor certificering van de AO/IC te ontwikkelen. Hiertoe is het landelijk project Verantwoord Declareren opgezet. Binnen het Erasmus MC te Rotterdam wordt hierin geparticipeerd en is een interne projectgroep samengesteld. Om te komen tot een certificering van de AO/IC wordt eerst de AO/IC in kaart gebracht en beschreven. Hiertoe is door de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars een aantal controledoelstellingen vastgesteld. Tijdens zogenaamde snelkookpanssessies zal per controledoelstelling aan de

² NFU, NVZ en ZN, 2014, p. 3

³ <http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/article/detail/3678074/2014/06/24/Nza-verdenkt-ziekenhuis-van-declaratiefraude.dhtml>, geraadpleegd op 13 februari 2015

⁴ NBA, 2014, p. 12

hand van formats de AO/IC in kaart gebracht en beschreven worden. De nadruk ligt hierbij op de interne beheersingsmaatregelen. Tijdens zo'n sessie zijn verschillende functionarissen uit de organisatie aanwezig (samenstelling en grootte van de groep verschilt per sessie). Zij geven dan informatie over de interne beheersingsmaatregelen in relatie tot de controledoelstellingen. Eventuele hiaten zullen genoteerd worden. Na afronding van de sessies is de opzet van de AO/IC beschreven.⁵ Deze AO/IC-beschrijving dient dan als basis voor de certificering.

Doelstelling

De doelstelling van dit onderzoek is om inzicht te verkrijgen in de manier van certificering van de AO/IC rondom het DBC-registratie- en declaratieproces en aan het ziekenhuis advies te geven over hoe deze de certificering kan realiseren. Hierbij zullen de kaders van het controleprotocol opgesteld worden. Het is de bedoeling dat hiermee een leidraad voor andere ziekenhuizen gegeven wordt.

Probleemstelling

De centrale onderzoeksvraag luidt:

Op welke wijze dient het ziekenhuis de certificering van de AO/IC rondom het DBC-registratie- en declaratieproces te realiseren?

Om tot een gefundeerd antwoord op de centrale onderzoeksvraag te komen, zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1. Hoe ziet de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen eruit en welke veranderingen hebben zich daarin voorgedaan m.b.t. de omzetverantwoording?*
- 2. Welke knelpunten zijn er te onderkennen in de verhouding tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de accountant m.b.t. het declareren van DBC-zorgproducten?*
- 3. Welke maatregelen moet het ziekenhuis treffen om de onderkende knelpunten weg te nemen?*
- 4. Welke certificeringsmogelijkheden zijn er?*
- 5. Aan welke kaders dient het controleprotocol voor de certificering, rekening houdend met de onderkende problematiek en de certificaatkeuze, te voldoen?*
- 6. Leidt de huidige methode van AO/IC in kaart brengen tot het wegnemen van de onderkende knelpunten en welke stappen zijn daarvoor eventueel nog nodig?*

(Begrips)afbakening

Het onderzoek heeft als onderwerp het proces om te komen tot certificering van de AO/IC van het DBC-registratie- en declaratieproces. Dit proces betreft het registreren van de door het ziekenhuis geleverde DBC-zorgproducten en de declaratie daarvan bij de zorgverzekeraar. Onder certificering wordt het verstrekken van een certificaat door een onafhankelijke derde verstaan. Dit certificaat kan gedefinieerd worden als een verklaring dat de AO/IC voldoet aan de gestelde normen. Deze normen zijn opgesteld door het ziekenhuis en de zorgverzekeraars.

⁵ Haagen, 2015, p. 1

Er is ook onderzoek gedaan naar de bekostigingssystematiek van het ziekenhuis. Het gaat hierbij met name om de veranderingen daarin. Relevant zijn de gevolgen hiervan voor de omzetverantwoording. Andere wijzigingen zijn buiten beschouwing gelaten. Vervolgens is onderzoek gedaan naar de knelpunten in de relatie van het ziekenhuis met de zorgverzekeraars en de accountant. Het gaat hierin alleen om de declaraties en de omzetverantwoording. Daarna is onderzocht of de huidige methodiek leidt tot het wegnemen/mitigeren van de onderkende knelpunten. Eventuele andere knelpunten zijn buiten beschouwing gebleven. Met betrekking tot het controleprotocol zijn alleen de kaders hiervan aangegeven. Hierbij is gekeken naar de certificaatkeuze en de onderkende problematiek.

Tot slot mag het niet onvermeld blijven dat de opdrachtgever het Erasmus MC te Rotterdam is. Dit onderzoek is daarom toegespitst op deze organisatie. Het onderzoek zelf is ook beperkt tot het Erasmus MC. Maar de te onderzoeken materie is ook relevant voor andere ziekenhuizen. Dit betekent dat de uitkomst van dit onderzoek voor het Erasmus MC mogelijk ook relevant is voor andere ziekenhuizen. Vandaar dat in de probleemstelling de term 'ziekenhuis' in plaats van de naam 'Erasmus MC' gehanteerd is.

Technisch ontwerp

Onderzoeksmethodiek

Om tot een antwoord op de centrale onderzoeksvraag te komen, is een aantal deelvragen geformuleerd. Wanneer alle deelvragen uitgewerkt zijn, is daarmee ook de hoofdvraag beantwoord. Hieronder zal per deelvraag aangegeven worden welke onderzoeksmethode(s) gebruikt is/zijn om de desbetreffende deelvraag te kunnen beantwoorden.

1. Hoe ziet de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen eruit en welke veranderingen hebben zich daarin voorgedaan m.b.t. de omzetverantwoording?

Voor het beantwoorden van deze deelvraag is literatuuronderzoek verricht. De cursusmap *Cursus prestatiebekostiging, DOT en facturering voor ziekenhuizen* en de site van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) zijn hiertoe geraadpleegd.

2. Welke knelpunten zijn er te onderkennen in de verhouding tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de accountant m.b.t. het declareren van DBC-zorgproducten?

Dit is onderzocht door een aantal interviews af te nemen met de manager Prestatiebekostiging van het Erasmus MC, de huisaccountant (KPMG) en een vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland. Verder is de *NBA Alert 31* van februari 2014 geraadpleegd.

3. Welke maatregelen moet het ziekenhuis treffen om de onderkende knelpunten weg te nemen?

De knelpunten uit de voorgaande deelvraag zijn als uitgangspunt genomen. Voor de beantwoording van deze deelvraag is gebruik gemaakt van de informatie uit de interviews ter beantwoording van de tweede deelvraag.

4. Welke certificeringsmogelijkheden zijn er?

Om deze vraag te beantwoorden is literatuuronderzoek gedaan. Het boek *Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg* van H. Hutink en L. van Oostbrugge is hierbij geraadpleegd. Met name de lijst, die hierin staat, is relevant om de certificeringsmogelijkheden te inventariseren. Verder is gebruik gemaakt van de NV COS en zijn de sites van de certificeringsinstanties geraadpleegd. Over de kosten van de certificering is overleg gevoerd met de huisaccountant.

5. Aan welke kaders dient het controleprotocol voor de certificering, rekening houdend met de onderkende problematiek en de certificaatkeuze, te voldoen?

Hiervoor is literatuuronderzoek verricht door de *Schrijfwijzer accountantsprotocollen* en de *Handreiking controleprotocollen* van de NBA te raadplegen. Ook is de NV COS 3000 (Assurance-opdrachten anders dan opdrachten tot controle of beoordeling van historische financiële informatie) bestudeerd.

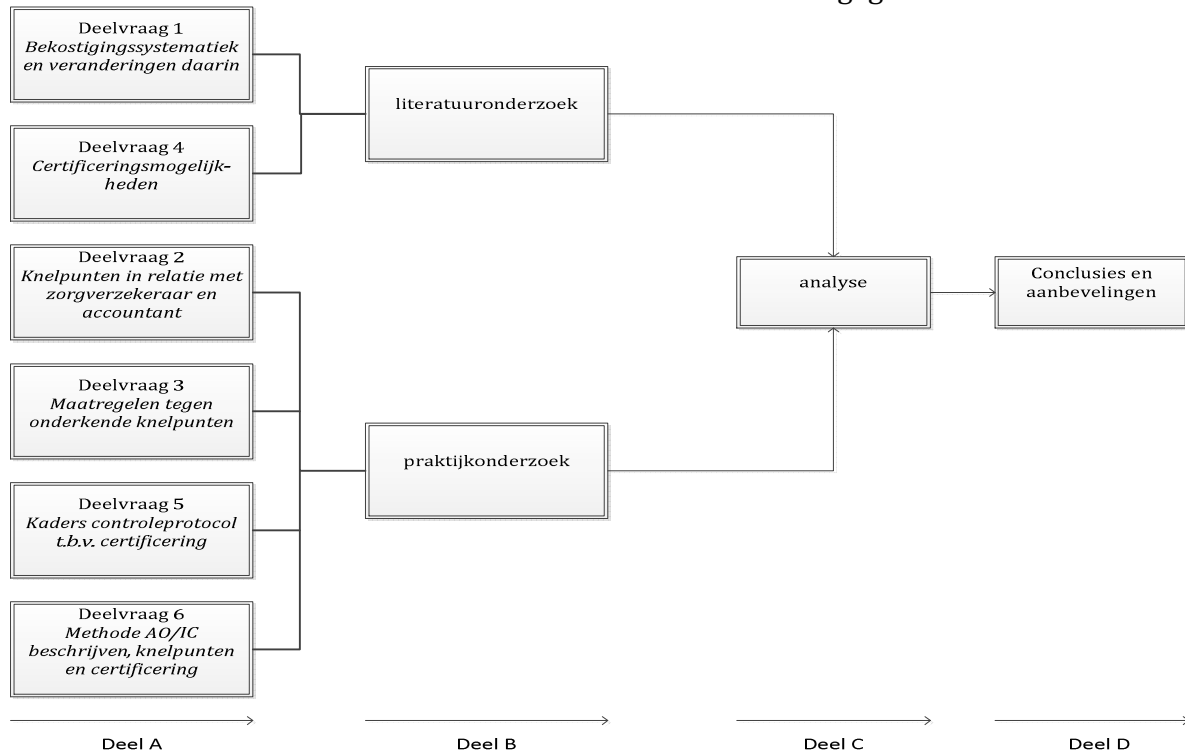
6. Leidt de huidige methode van AO/IC in kaart brengen tot het wegnemen van de onderkende knelpunten en welke stappen zijn daarvoor eventueel nog nodig?

Voor de huidige wijze van AO/IC beschrijven, wordt gebruik gemaakt van een aantal formats. Deze formats worden met deskundigen gedeeltelijk ingevuld. Vervolgens worden deze in zogenaamde snelkookpanssessies gereviewd en aangevuld. Deze sessies zijn bijgewoond en de formats zijn bestudeerd en geanalyseerd. Ook zijn gesprekken gevoerd met deelnemers van het project Verantwoord Declareren binnen het ziekenhuis. Verder is het boek *Hoofdlijnen bestuurlijke informatieverzorging* geraadpleegd om na te gaan aan welke basisvereisten een AO-beschrijving dient te voldoen.

De te gebruiken onderzoeksmethoden zijn kwalitatief van aard. Dit houdt in dat er onder andere interviews gehouden zijn. Hierbij speelt de visie van de geïnterviewde een rol. Bijvoorbeeld bij het onderzoek naar de knelpunten tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de accountant (deelvraag 2) gaat het er om hoe de geïnterviewde de relatie met de andere partij ziet. Er is dus geen gebruik gemaakt van cijfers en statistieken (kwantitatieve methoden). Hiervoor is gekozen, omdat het onderzoek naar de certificering van de AO/IC niet in cijfers en grootheden te vatten is. Meetresultaten en getallen geven namelijk geen antwoord op de centrale onderzoeksvraag.

Onderzoeksmodel

Hieronder is de structuur van het onderzoek schematisch weergegeven.



Figuur 0.1 Onderzoeksschema

Leeswijzer

In het eerste hoofdstuk wordt de bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen uiteengezet. Hiermee wordt een theoretisch kader gegeven. Ook wordt hierbij ingegaan op de veranderingen die zich in de bekostiging van de ziekenhuizen voorgedaan hebben. Dit is van belang om de relatie tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars en de behoefte aan certificering te kunnen begrijpen.

In hoofdstuk twee wordt ingegaan op de knelpunten die er zijn in de relatie van het ziekenhuis met de zorgverzekeraars en de accountant. Hierbij worden ook de maatregelen ter wegneming of mitigering van de knelpunten weergegeven. De mogelijkheden voor de certificering van de AO/IC omtrent het DBC-registratie- en declaratieproces worden in het derde hoofdstuk beschreven. Om een certificaat, waarmee aangegeven wordt dat de AO/IC voldoet aan de gestelde normen, te kunnen verstrekken, dient er een toetsing plaats te vinden. Daarom wordt in hoofdstuk vier beschreven aan welke kaders het controleprotocol voor deze toetsing aan moet voldoen. Het vijfde hoofdstuk gaat in op de manier van in kaart brengen van de AO/IC ten behoeve van de certificering.

Tot slot worden in hoofdstuk zes de deelvragen beknopt beantwoord en wordt het antwoord op de centrale onderzoeksvraag gegeven. Hierbij wordt een aantal aanbevelingen gedaan. Vervolgens zijn nog het nawoord, de literatuurlijst en een aantal bijlagen opgenomen.

1. De bekostigingssystematiek van ziekenhuizen

De overgang naar een ander bekostigingssysteem en de complexiteit ervan zijn belangrijke oorzaken van een niet goedlopend declaratieproces.⁶ In dit hoofdstuk wordt daarom ingegaan op het bekostigingssysteem van ziekenhuizen. Hierbij wordt de vraag hoe de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen eruit ziet beantwoord. Om de huidige systematiek te begrijpen, wordt ook de ontwikkeling daarvan beschreven. Specifiek wordt ingegaan op de veranderingen die zich hebben voorgedaan met betrekking tot de omzetverantwoording.

In de eerste paragraaf wordt het systeem van functiegerichte budgettering beschreven. De invoering van de DBC's komt in de tweede paragraaf aan de orde. Hierbij worden de gevolgen daarvan voor de AO/IC beschreven. De derde paragraaf gaat over de DOT-systematiek en de verschillen ten opzichte van DBC. In paragraaf vier wordt het systeem van de prestatiebekostiging beschreven. De laatste paragraaf betreft een samenvatting van dit hoofdstuk.

1.1 Functiegerichte budgettering

Het systeem van functiegerichte budgettering van ziekenhuizen is in 1988 ingevoerd. Dit systeem houdt in dat door de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars per ziekenhuis een vast budget wordt vastgesteld. De vaststelling wordt gedaan aan de hand van een aantal parameters, zoals: het aantal inwoners verzorgingsgebied, het aantal opnamen en polibezoeken en de vastgoedkosten.⁷ Betrokken partijen hierbij zijn de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars.

Het voorafgaand aan het exploitatiejaar vastgestelde budget wordt door de zorgverzekeraars altijd uitgekeerd.⁸ Hieruit kan geconcludeerd worden dat met de vaststelling van het budget ook de jaaromzet van het ziekenhuis vaststaat. Alle verrichtingen die het ziekenhuis bij een patiënt uitvoert, worden bij zijn of haar zorgverzekeraar gedeclareerd tegen de landelijk vastgestelde tarieven. Wanneer het ziekenhuis onder het budget blijft, leggen de zorgverzekeraars het verschil bij. Omgekeerd betalen ziekenhuizen het verschil aan zorgverzekeraars uit als zij het budget overschrijden. Het al dan niet behalen van het budget heeft voor het ziekenhuis dus geen financiële consequenties.

Functiegerichte budgettering wordt als onvoldoende doelmatig en doeltreffend gezien, omdat er geen nauwe relatie is tussen de werkelijk gemaakte kosten en het opgestelde budget.⁹ Er bestaat namelijk geen direct verband tussen de parameters en de productie van het ziekenhuis. Tegelijk streeft het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) juist naar een doelmatiger en doeltreffender zorgstelsel. Dit moet bereikt worden

⁶ NFU, NVZ en ZN, 2014, p. 3

⁷ <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>, geraadpleegd op 24 februari 2015

⁸ <https://www.ntvg.nl/artikelen/functiegericht-budgetteren-en-budgetgericht-functioneren/volledig>, geraadpleegd op 10 maart 2015

⁹ Breed, Os, Sinnema e.a., 2004, p. 36

door een transparanter zorgaanbod en geregleerde marktwerking.¹⁰ Dit heeft geleid tot de invoering van een nieuwe bekostigingssystematiek voor de Nederlandse ziekenhuizen.

1.2 Invoering DBC's

Om de stap naar geregleerde marktwerking te maken, zijn in 2005 de DBC's geïntroduceerd. Een DBC wordt als volgt gedefinieerd: *"Het geheel van activiteiten, van ziekenhuis en medisch specialist, voortvloeiend uit de zorgvraag waarmee de patiënt de specialist in het ziekenhuis consulteert."*¹¹ Anders gezegd gaat het om een groep verrichtingen behorend bij een zorgvraag van de patiënt. Dit betekent dat de verschillende behandelingen, behorend bij een zorgvraag, niet meer apart in rekening gebracht worden. In plaats daarvan wordt er aan het hele traject van diagnose en behandeling (de DBC) één 'prijskaartje' gehangen. Het is ook de bedoeling dat dit uiteindelijk leidt tot verlaging van de administratieve lasten voor met name de zorgverleners.

Binnen de DBC-systematiek zijn twee segmenten te onderscheiden: het A-segment en het B-segment. Het A-segment wordt nog steeds bekostigd via de oude systematiek van functiegericht budgetteren. Dit segment omvat onder andere spoedeisende hulp. De tarieven voor deze zorg worden jaarlijks vastgesteld door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). In segment B worden de tarieven door onderhandeling tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen per ziekenhuis vastgesteld. Zo'n tarief bestaat uit een kostendeel van het ziekenhuis, een honorarium voor de vrijgevestigde specialist en een honorarium voor de specialist in loondienst.

Sinds de invoering van DBC's worden de verrichtingen niet meer afzonderlijk in rekening gebracht, maar wordt er per DBC gedeclareerd. Gesteld kan worden dat een goed functionerend declaratieproces belangrijker is geworden. Dit komt doordat de bekostiging van het ziekenhuis wat betreft het B-segment afhangt van de geleverde prestaties. Dit vraagt om aanpassingen in de AO/IC rondom het registreren en declareren van verleende zorg. Daarom heeft het toenmalige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) in 2003 de kaderregeling *Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering* opgesteld. Deze regeling benoemt de minimale eisen waaraan de AO/IC rondom het registreren en declareren dient te voldoen.

Voor de AO/IC heeft de genoemde kaderregeling de volgende uitgangspunten geformuleerd, namelijk dat de vastlegging van de verrichtingen en de DBC's juist, volledig en tijdig dient te zijn. Dit geldt tevens voor de declaraties aan de zorgverzekeraars.¹² Ook moeten de DBC's getypeerd worden. Typering houdt in dat de identificatiegegevens van de patiënt en het zorgtype vastgelegd en de (primaire) diagnose van de patiënt geclassificeerd dienen te worden.¹³ Ook stelt de kaderregeling dat de opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC getoetst dient te worden. Hiervoor is het vereist om een interne controlefunctie

¹⁰ Breed, Os, Sinnema e.a., 2004, p. 36

¹¹ AdCare, 2012, p. 1

¹² CTG, 2003, p. 7-8

¹³ <http://www.dbcspelregels.nl/ggz/typeren/typeren-dbc-wat/>, geraadpleegd op 12 maart 2015

te hebben.¹⁴ Deze functie voert dan controles uit ter onderbouwing van een door de Raad van Bestuur van het ziekenhuis af te geven bestuursverklaring over de registratie en declaratie van DBC's. Daarmee geeft het bestuur aan dat de AO/IC aan de eisen voldoet en het hiervoor verantwoordelijk is.¹⁵ Vervolgens onderzoekt de accountant of de verklaring overeenkomt met de werkelijkheid.¹⁶

De invoering van de DBC-systematiek brengt dus eisen mee voor de AO/IC rondom het declareren van verleende zorg. Dit alles ten behoeve van transparantie en administratieve lastenverlichting.¹⁷ Echter, ook aan de DBC-systematiek kleef een aantal bezwaren. Zo zijn DBC's onvoldoende medisch herkenbaar en wordt dezelfde zorgvraag, door meerdere specialismen te behandelen, op verschillende manieren beschreven en in rekening gebracht. Ook bieden DBC's onvoldoende mogelijkheden om de zorgzwaarte mee te wegen en sluiten de diagnoseclassificaties niet aan op de internationale classificaties.¹⁸ Bovendien is het systeem complex en fraudegevoelig. Daarom worden in de bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen wijzigingen doorgevoerd.

1.3 DBC en DOT

Vanwege de complexiteit en de fraudegevoeligheid van de DBC-structuur en de grote hoeveelheid zorgproducten wordt de DBC-systematiek sinds 2008 doorontwikkeld tot de DOT-methodiek.¹⁹ DOT staat voor DBC's op weg naar transparantie. Belangrijke uitgangspunten hierbij zijn, zoals de naam al aangeeft, meer transparantie en vereenvoudiging van het bekostigingssysteem. De DOT-systematiek zou getypeerd kunnen worden als een 'DBC versie 2'.

Met de invoering van DOT zijn de ruim 30.000 DBC's teruggebracht tot 4.400 DBC-zorgproducten.²⁰ Hierbij moet worden opgemerkt dat DBC-zorgproducten wezenlijk anders zijn dan DBC's. Zo zijn DBC-zorgproducten in tegenstelling tot DBC's specialisme-overstijgend. Het volgende voorbeeld illustreert dit.

Een patiënt ondergaat een ooglidcorrectie. Hiervoor zijn drie DBC's: een van de oogarts, een van de plastisch chirurg en een van de chirurg. Bovendien kennen deze DBC's verschillende prijzen.²¹ Voor elk specialisme is er dus een aparte DBC met bijbehorende prijs, terwijl het maar om één zorgvraag gaat. In de DOT-systematiek worden alle verrichtingen behorend bij de ooglidcorrectie verwerkt tot één DBC-zorgproduct met één bijbehorend 'prijkaartje'.

Een ander belangrijk verschil tussen DBC en DOT is de bepaling van het in rekening te brengen zorgproduct. In de DBC-systematiek was het de behandelaar die bepaalt welke

¹⁴ CTG, 2003, p. 8

¹⁵ CTG, 2003, p. 15

¹⁶ CTG, 2003, p. 1

¹⁷ Breed, Os, Sinnema e.a., 2004, p. 37

¹⁸ AdCare, 2012, tab 6

¹⁹ <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>, geraadpleegd op 24 februari 2015

²⁰ <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>, geraadpleegd op 24 februari 2015

²¹ <http://www.inview.nl/expertise/publicaties/d/dot-en-prestatiebekostiging-in-vogelvlucht>, geraadpleegd op 17 maart 2015

DBC bij de behandeling van de patiënt hoort. In de DOT-methode wordt het te declareren zorgproduct bepaald op basis van de geregistreeerde zorgactiviteiten. Aan de hand van de beslisregels wordt het te declareren zorgproduct uit de registratie van de zorgactiviteiten afgeleid. Het afleiden van een zorgproduct wordt gedaan door de DOT-Grouper. Deze Grouper is een centraal softwareprogramma voor alle Nederlandse ziekenhuizen. Op basis van de door de zorgaanbieder geleverde gegevens leidt dit programma het zorgproduct af. Dit wordt dan teruggestuurd naar de zorgaanbieder. Aan het afgeleide zorgproduct kan vervolgens de met de zorgverzekeraar overeengekomen prijs worden gehangen. Deze kan dan bij de zorgverzekeraar of de patiënt in rekening gebracht worden. Hoe dit proces van geleverde zorg tot en met de declaratie bij de zorgverzekeraar verloopt, is in figuur 1.1 te zien.



Figuur 1.1 Van zorg tot declaratie

De afleiding van het zorgproduct wordt dus gedaan op basis van de geregistreeerde verrichtingen. Om een goede afleiding te verkrijgen, zal de registratie bij de bron op orde moeten zijn. Dat wil zeggen dat de zorgactiviteiten juist, volledig en tijdig geregistreeerd dienen te worden. Wanneer dit niet het geval is, zal de Grouper een duurder of goedkoper zorgproduct afleiden. Er wordt dan een ander bedrag in rekening gebracht dan waar het ziekenhuis recht op heeft. Het belang van een goede registratie van zorgactiviteiten is dus groot. Om te bewaken dat de verrichtingen goed geregistreeerd worden, vraagt DOT om meer ingebouwde controles in het registratieproces.

1.4 Prestatiebepaling

Met de invoering van DOT is het functiegerichte budgetteren met ingang van het jaar 2012 voor alle ziekenhuiszorg, dus ook voor zorg in het zogenaamde A-segment, vervangen door prestatiebepaling. Dit houdt in dat het ziekenhuis, in plaats van jaarlijks één vooraf vastgesteld budget te ontvangen, per geleverd zorgproduct betaald krijgt. De declaraties zijn dus bepalend voor de omzet van het ziekenhuis.

De overgang naar prestatiebepaling voor alle zorgproducten kan ingrijpend genoemd worden. Daarom is er voor het jaar 2012 en 2013 een overgangsregeling: het transitie-model. Dit model houdt in dat er gewerkt wordt volgens de systematiek van prestatiebepaling. Tegelijk wordt er gewerkt met een schaduwbudget, wat vergelijkbaar is met het oude systeem van functiegericht budgetteren. Het verschil tussen de omzet

volgens prestatiebekostiging en het schaduwbudget is het transitiebedrag. Voor 2012 wordt 95% van het transitiebedrag verrekend tussen het ziekenhuis en het zorgverzekeringsfonds en voor 2013 wordt voor 70% verrekend.²² Het komt er op neer dat er dus wel gewerkt wordt volgens het nieuwe systeem, maar door het hanteren van een schaduwbudget heeft dit geen grote financiële consequenties voor het ziekenhuis. Daarom is het jaar 2012 (en in mindere mate 2013) als een soort 'oefenjaar' te zien.

Het kalenderjaar 2014 is het eerste jaar dat er geheel wordt gewerkt volgens het systeem van prestatiebekostiging. Er is dan ook geen schaduwbudget meer. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars kunnen vrij onderhandelen over de prijs en het volume van de zorgproducten.²³ Alleen voor het geminimaliseerde A-segment, waaronder met name spoedeisende zorg valt, gelden door de NZa opgestelde maximumtarieven. De afspraken tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar worden vastgelegd in een contract.

Zoals reeds beschreven is, wordt de omzet van het ziekenhuis sinds de invoering van de prestatiebekostiging niet meer bepaald door een vooraf vastgesteld budget, maar door de geleverde en gedeclareerde zorgprestaties en de met zorgverzekeraars gemaakte afspraken. Dit betekent dat het ziekenhuis minder zekerheid heeft over de omvang van de omzet in een bepaald jaar, omdat deze dus door de afgesproken prijzen en de hoeveelheid verleende zorg beïnvloed wordt. Daarom is het belangrijk dat de geleverde zorg volledig, juist en tijdig wordt geregistreerd, dat deze tegen de juiste prijzen in rekening gebracht worden en binnen de plafondafspraken blijven. Ook zijn tijdige prijsafspraken van belang, omdat de zorg anders niet tegen de juiste prijzen in rekening gebracht kunnen worden.

1.5 Samenvatting en conclusie

Voorheen gold het systeem van functiegericht budgetteren. Omdat deze systematiek als ondoelmatig en ondoeltreffend werd gezien, zijn in 2004 de DBC's ingevoerd om de stap naar marktwerking te maken. Met de invoering daarvan worden de verrichtingen niet meer afzonderlijk in rekening gebracht, maar wordt er per DBC gedeclareerd. Het belang van een goed functionerend declaratieproces wordt groter, omdat een deel van de omzet afhangt van de gedeclareerde zorgprestaties. Daarom worden aan de AO/IC rondom het declaratieproces eisen gesteld. Vanwege de complexiteit en de fraudegevoeligheid van de DBC-systematiek wordt deze doorontwikkeld tot de DOT. Hier wordt het te declareren zorgproduct door de Grouper afgeleid op basis van de geregistreerde zorgprestaties. Om een correcte afleiding te verkrijgen, dient de registratie juist te zijn.

Vanaf 2012 geldt voor de bekostiging van alle ziekenhuiszorg de systematiek van de prestatiebekostiging. Dit houdt in dat de omzet niet bij voorbaat vaststaat, maar afhangt van de verleende zorg en de gemaakte afspraken met de zorgverzekeraars. De omzet kan dus fluctueren. Een juiste registratie van de verleende zorg is dus belangrijker geworden. Voorheen kon het budget als omzet verantwoord worden. Nu gaat het om dat wat er afgesproken, geregistreerd en gedeclareerd is. Dit is dan ook de belangrijkste verandering aangaande de omzetverantwoording.

²² NZa, 2014, p. 5

²³ <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>, geraadpleegd op 24 februari 2015

2. De relatie tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de accountant

Het ziekenhuis maakt met de zorgverzekeraars afspraken over de aantallen en soorten behandelingen en de prijzen daarvan. Vervolgens worden de door het ziekenhuis verrichte zorgprestaties bij de zorgverzekeraars gedeclareerd. Het is dan aan de zorgverzekeraar om deze declaraties te vergoeden. Met deze vergoedingen wordt de zorg gefinancierd. De zorgverzekeraars spelen dus een belangrijke rol bij de financiering van het ziekenhuis. Daarom, en ook omdat het de aanleiding van dit onderzoek is, wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de relatie die het ziekenhuis heeft met de zorgverzekeraars. Ook komt de relatie met de externe accountant van het ziekenhuis aan bod, omdat de accountant onder andere een oordeel over de AO/IC, de juistheid en de volledigheid van de declaraties en over de omzet als onderdeel van de jaarrekening dient te geven.

In dit hoofdstuk worden twee deelvragen beantwoord. De eerste vraag is welke knelpunten er te onderkennen zijn in de verhouding tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de accountant. Dit wordt toegespitst op het declareren van DBC-zorgproducten. De tweede vraag is welke maatregelen het ziekenhuis moet treffen om de onderkende knelpunten weg te nemen. In de eerste paragraaf komt de invoering van de marktwerking aan de orde. Paragraaf twee gaat over de relatie van het ziekenhuis met de zorgverzekeraars en de derde paragraaf gaat over de relatie van het ziekenhuis met de accountants. Hierbij komen ook de knelpunten in de relaties aan bod. In paragraaf vier worden de maatregelen ter wegneming van de knelpunten beschreven. De samenvatting en de conclusie worden in de vijfde paragraaf gegeven.

2.1 Invoering marktwerking

De invoering van de prestatiebekostiging in 2012 heeft geleid tot een andere manier van contracteren. Voorheen werd door de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars per ziekenhuis per jaar een budget vastgesteld.²⁴ Daarmee stond de jaaromzet van de zorgaanbieders en de schadelast voor de zorgverzekeraars grotendeels vast. “Nu wordt per zorgaanbieder en per soort behandeling afspraken gemaakt over de prijs en de hoeveelheid en hangt de omzet van het ziekenhuis af van de geleverde zorgprestaties. Door deze veranderingen zijn de ziekenhuizen elkaars concurrenten geworden en worden ziekenhuizen meer als commercieel bedrijf gezien” (bijlage A).

“Door de marktwerking kan de omzet van het ziekenhuis, en daarmee de schadelast van de zorgverzekeraars, sterker fluctueren” (bijlage A). Met andere woorden: de systematiek is risicovoller. “Daarom is er bij de zorgaanbieders zelf en bij de zorgverzekeraars meer behoefte aan risicobeheersing. Om die reden worden nu door de zorgverzekeraars met de ziekenhuizen plafondafspraken gemaakt. Dit houdt in dat er een maximum aan het aantal behandelingen wordt gesteld. Er zou daarom gezegd kunnen worden dat wat voorheen in het systeem (functiegericht budgetteren) zat, nu per ziekenhuis per zorgproduct gedaan wordt” (bijlage A).

²⁴ <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>, geraadpleegd op 3 juni 2015

De veranderingen in de bekostiging van ziekenhuizen hebben ertoe geleid dat het belang van rechtmatig declareren door het ziekenhuis voor het ziekenhuis zelf, de zorgverzekeraars en de accountant van het ziekenhuis groter geworden is.

- Het belang van rechtmatig declareren is voor het ziekenhuis zelf groter geworden, omdat de gedeclareerde zorg bepalend is voor de omzet. Wanneer er onzekerheid is over de rechtmatigheid van declaraties zal de zorgverzekeraar niet overgaan tot vergoeding. Zo lang er bij de zorgverzekeraar twijfel is over de rechtmatigheid van declaraties, heeft het ziekenhuis niet de zekerheid dat de geleverde zorg vergoed wordt.
- Voor de zorgverzekeraar is het belang groter geworden, omdat deze bij twijfel over de rechtmatigheid van de declaraties, niet weet of overgegaan kan worden tot vergoeding van de zorg. De zorgverzekeraar heeft dan geen zekerheid over de grote van de schadelast.
- De accountant dient te beoordelen of de omzetverantwoording een getrouw beeld geeft van de werkelijkheid. Hij kan alleen een goedkeurende verklaring afgeven als onder andere de omzetverantwoording in alle van materieel belang zijnde aspecten voldoet.²⁵ Als er twijfel is over de rechtmatigheid van de declaraties, bestaat daarmee onzekerheid over de omzetverantwoording en dit kan leiden tot een andere dan een goedkeurende verklaring. Voor het verkrijgen van een goedkeurende verklaring is rechtmatig declareren dus ook van belang.

Vanuit het ministerie van VWS en de NZa, wordt geëist dat de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars de rechtmatigheid van de declaraties controleren. Ook stellen de ziekenhuizen en de verzekeraars zelf eisen aan de declaraties en controleren hierop. Dit blijkt uit de intensivering van de controles in de keten.²⁶ In gesprekken met verschillende partijen wordt dit bevestigd. Als achteraf blijkt dat een declaratie onrechtmatig is, zal de zorgverzekeraar de vergoeding van het ziekenhuis terugvorderen. Dit kan soms jaren later gebeuren. Dit blijkt uit lijsten met afgewezen declaraties. Op deze lijst staan bijvoorbeeld declaraties uit 2007, die in 2014 of 2015 door de zorgverzekeraar alsnog zijn afgewezen of er is nog discussie over de rechtmatigheid. In gesprekken met betrokken partijen is naar voren gekomen dat men dit onwenselijk vindt.

Door de controles op de rechtmatigheid van de declaraties, en ook door de onderhandelingen over de prijzen en de hoeveelheden, is de invloed van de zorgverzekeraars op het beleid van ziekenhuizen groter geworden. Hierbij dient opgemerkt te worden dat dit niet alleen voor zorgverzekeraars geldt. "Ook banken zien ziekenhuizen steeds meer als commercieel bedrijf en stellen daarom eisen aan met name de solvabiliteit en de cashflows" (bijlage A). Er kan dus geconcludeerd worden dat de marktwerking risico's met zich meebrengt en geleid heeft tot een grotere controledruk in de gehele keten.

²⁵ Artikel 16 NV COS 700

²⁶ NVZ, NFU en ZN, 2014, p. 3

2.2 Relatie ziekenhuis met zorgverzekeraar

In de voorgaande paragraaf is onder andere beschreven dat de ziekenhuizen ervoor moeten zorgen dat de geleverde zorgprestaties bij de verzekeraars rechtmatig gedeclareerd worden. Zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraars hebben namelijk zekerheid nodig voor hun verantwoording.²⁷ Wanneer er onzekerheid over de rechtmatigheid van de declaraties is, weet zowel het ziekenhuis als de zorgverzekeraar niet of de gedeclareerde zorg vergoed kan worden. Daarom hebben het ziekenhuis en de zorgverzekeraars belang bij een goed functionerend registratie- en declaratieproces bij de ziekenhuizen en een snelle controle op de rechtmatigheid van de declaraties bij de zorgverzekeraars. Tot de invoering van de prestatiebekostiging gold voor het registreren en declareren van zorgprestaties de *Regeling AO/IC inzake DBC registratie en facturering* vanuit de NZa. Deze is met de invoering van de DOT-systematiek afgeschaft. De verantwoordelijkheid voor de AO/IC rondom het registreren en declareren van zorg ligt nu primair bij de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars.²⁸

Normonduidelijkheden, registratie-onjuistheden en schattingsonzekerheden leidden tot onzekerheden in de verantwoording van de ziekenhuizen en de controles daarvan door de accountants.²⁹ De normonduidelijkheden en de hoge administratieve lasten voor de betrokkenen maken dat van een goed functioneren van het registratie- en declaratieproces geen sprake is.³⁰ Het gevolg hiervan is dat er onzekerheden ontstaan over de omzetverantwoording van de ziekenhuizen.³¹ Dit heeft tot (meer) wederzijds wantrouwen tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen geleid. Het gevolg hiervan was dat de zorgverzekeraars zich meer zijn gaan bemoeien met het registratie- en declaratieproces en zijn hieraan strengere eisen gaan stellen. De grotere invloed van de zorgverzekeraars op het interne beleid wordt door ziekenhuizen niet bepaald gewaardeerd, zo blijkt uit gevoerde gesprekken.

Zoals in het voorgaande hoofdstuk naar voren is gekomen, is sinds de invoering van de prestatiebekostiging in de zorg het maken van afspraken over de prijzen en de hoeveelheden van de zorgproducten van belang. Deze afspraken worden gemaakt tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraars en vastgelegd in een contract. Het maken van deze contractafspraken verloopt moeizaam, zo geeft het ziekenhuis aan. Het feit dat de contractafspraken voor 2013 in december 2013 gemaakt zijn, is hiervan het bewijs. Het ziekenhuis wil namelijk voor aanvang van het betreffende kalenderjaar de contractafspraken gemaakt hebben. Bovendien zou het ziekenhuis meerjarencontracten willen afsluiten met de zorgverzekeraars, zodat het ziekenhuis een langetermijnplanning kan opstellen met betrekking tot de zorg. Dat het afsluiten van de contracten niet tijdig gebeurt, wordt met name geweten aan de complexiteit en veranderingen in de regelgeving en de reactietermijnen tussen de partijen.³²

²⁷ Deloitte, 2013, p. 3

²⁸ NFU, NVZ en ZN, 2014, p. 3

²⁹ NBA, 2014, p. 6

³⁰ NFU, NVZ en ZN, 2014, p. 3

³¹ NBA, 2014, p. 6

³² Haak, Lee en Mennes, 2015, p. 48

Verder hebben de ziekenhuizen “er grote moeite mee dat de zorgverzekeraars hun beloftes niet nakomen” (bijlage A). Zij zouden met de invoering van het nieuwe bekostigingssysteem beloofd hebben zich proactief op te stellen. Dit zou betekenen dat ze sturing zouden geven aan het portfolio van het ziekenhuis en gericht zijn op de kwaliteit van de zorg. “In de praktijk blijkt echter dat ze vooral gericht zijn op hun kosten en zich te weinig richten op de kwaliteit en de inhoud van het portfolio” (bijlage A). Dat laatste is wenselijk, omdat men bijvoorbeeld niet wil hebben dat elk ziekenhuis exact dezelfde zorg verleent. “Differentiatie is gewenst, want als elk ziekenhuis zich specialiseert kan de kwaliteit van de zorg omhoog” (bijlage A). Wanneer zorgverzekeraars zich hiermee niet bezighouden, kan de gewenste differentiatie in zorgproducten niet van de grond komen.

Samenvattend kan gesteld worden dat de knelpunten in de relatie tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars voortkomen uit de overgang naar en de complexiteit van het nieuwe bekostigingssysteem en open normen met betrekking tot het declareren van zorg.³³ Dit leidt tot problemen bij het declareren. Dit heeft tot gevolg dat zorgverzekeraars aan de rechtmatigheid van de declaraties gaan twijfelen. Hierdoor gaat men elkaar wantrouwen en neemt de controledruk vanuit de zorgverzekeraars op de ziekenhuizen toe. De betrokken partijen herkennen dit en spreken de intentie uit om hier zelf uit te komen en willen toe naar een situatie van onderling vertrouwen en verlaging van de controledruk.

2.3 Relatie ziekenhuis met accountant

De omzetverantwoording in de jaarrekening dient een getrouw beeld van de werkelijkheid te geven. Om vast te stellen of dit zo is dient de externe accountant tijdens zijn controle onder andere de opzet, bestaan en werking van de AO/IC rondom het registratie- en declaratieproces te beoordelen. Ook zal hij een oordeel moeten geven over de volledigheid van de omzet tegen de juiste prijzen en de onderhandenwerkpositie. De in de voorgaande paragraaf onderkende problematiek rondom het declareren van zorg leidt tot onzekerheid in de omzetverantwoording van het ziekenhuis.³⁴ Daarom hebben de betrokken partijen eind 2013 met elkaar overleg gevoerd over deze problematiek. Dit heeft geresulteerd in verduidelijking van regelgeving door de NZa in het jaar 2014.³⁵

Met het verduidelijken van de regelgeving is de problematiek echter niet opgelost en blijven de onzekerheden in de verantwoording staan. Op basis hiervan is de beroepsorganisatie van accountants (de NBA) van mening dat voor het boekjaar 2013 als controleverklaring een verklaring van oordeelonthouding of een verklaring met beperking voor de ziekenhuizen het meest geschikt was.³⁶ Dit geeft aan dat het voor de accountant lastig is om zich een oordeel te vormen over de declaraties en daarmee over onder andere de omzet. De oorzaak hiervan ligt dus in de complexiteit van de systemen, waardoor het declaratieproces niet goed functioneert en er gebrek aan transparantie is over de totstandkoming van de declaraties. Bij het Erasmus MC is, weliswaar niet binnen de

³³ NFU, NVZ en ZN, 2014, p. 3

³⁴ NBA, 2014, p. 6

³⁵ NFU, NVZ en ZN, 2014, p. 3

³⁶ NBA, 2014, p. 5

reguliere wettelijke termijn, voor het jaar 2013 wel een goedkeurende verklaring verstrekt.³⁷

De hiervoor geschetste problematiek heeft de NBA, de beroepsorganisatie van accountants, er in maart 2014 toe gebracht een NBA Alert uit te brengen. Hierin wordt de problematiek geschetst en wordt aangegeven dat voor het boekjaar 2013 bij de ziekenhuizen een verklaring met beperking of oordeelonthouding aan de orde is.³⁸ Het ziekenhuis geeft aan dat de accountants met de genoemde uitgave 'geen vrienden' gemaakt hebben. De reden hiervan is dat de ziekenhuizen op eigen initiatief in 2014 een zelfonderzoek hebben ingesteld naar de in de voorgaande jaren gedane declaraties. Het doel hiervan was het verkrijgen van een goedkeurende verklaring. Hiervoor was de deadline voor het indienen van de jaarrekening 2013 verschoven van 1 juni naar uiterlijk 15 december 2014.³⁹ De aanbeveling voor een verklaring met beperking of oordeelonthouding valt dan niet goed.

2.4 Maatregelen

In de voorgaande paragrafen is een aantal knelpunten naar voren gekomen met betrekking tot het declareren van zorg, waar zorgverzekeraars en de externe accountant mee te maken hebben. De betrokken partijen geven aan deze knelpunten weg te willen nemen. Uit gevoerde gesprekken met de huisaccountant, een vertegenwoordiger van ZN en functionarissen binnen het Erasmus MC is een aantal maatregelen ter wegneming van de onderkende knelpunten naar voren gekomen (zie bijlage A). In deze paragraaf worden deze maatregelen beschreven.

Betrokken partijen geven aan dat er in de eerste plaats duidelijke regels moeten zijn. De regelgeving zoals die nu is, wordt als "veel, detaillistisch en multi-interpretabel" en daardoor als onwerkbaar ervaren (bijlage A). Er moet dus een duidelijke en werkbare regelgeving komen. Dit zou een taak voor de NZa zijn, omdat deze organisatie de regels voor de Nederlandse zorgsector opstelt. Ten tweede moet het aantal regels verminderd worden. Te veel regels leidt namelijk ook tot een onwerkbaar situatie. Het is belangrijk dat het werkveld de ruimte krijgt, omdat het veld zelf in specifieke situaties het beste weet wat de beste werkwijze is. Tot slot moet de regelgeving vertaald worden naar werkinstructies en controles zijn op de naleving ervan.

Onder andere op basis van de regelgeving dient het ziekenhuis te zorgen voor een goede AO/IC. Binnen het proces dient een aantal zaken geborgd te zijn. Er moeten dus controles in het systeem aangebracht worden. Op deze borging dienen controles te worden uitgevoerd. Deze controles moeten zo vroeg mogelijk in de keten ingebouwd zijn. Het is namelijk vervelend als er iets mis gaat met het declareren en er -soms na jaren- nog discussie ontstaat over de rechtmatigheid ervan. Hoe eerder onjuistheden opgespoord worden, hoe beter het daarom is. Zoals het ziekenhuis zegt: hoe eerder de controles in de keten plaatsvinden, hoe efficiënter het is. Ook is het voor de efficiëntie van belang dat er

³⁷ Erasmus MC, 2014, p. 100

³⁸ NBA, 2014, p. 5

³⁹ http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/_page/12769/1789-zelfonderzoek-ziekenhuizen-schept-duidelijkheid-over-declaraties, geraadpleegd op 17 juni 2015

een verschuiving plaatsvindt van gegevensgerichte naar systeemgerichte controles. De huisaccountant geeft aan dat er momenteel veel gewerkt wordt met steekproeven en deze omlaag kunnen door controleapplicaties in de systemen te bouwen. “Zo kan er routinematig automatische controles uitgevoerd worden” (zie bijlage A). Verder is het belangrijk om mensen te laten declareren die weten waaraan een declaratie moet voldoen.

Een andere belangrijke maatregel is certificering van de AO/IC. Certificering wil zeggen dat een onafhankelijke derde onderzoek doet naar de AO/IC rondom het registratie- en declaratieproces. Hierover brengt hij dan een rapport uit waarin hij zijn bevindingen beschrijft en een oordeel over de AO/IC geeft. Hiertoe zal, afhankelijk van de certificeringsvorm, door het ziekenhuis, al dan niet in samenwerking met andere partijen, een normenkader opgesteld dienen te worden. Het doel van certificering is om gebruikersorganisaties, zoals zorgverzekeraars, een redelijke mate van zekerheid te verschaffen over de effectiviteit van de beheersingsmaatregelen rondom het DBC-registratie- en declaratieproces.⁴⁰ Doordat er zekerheid gegeven wordt over de AO/IC, zal dat de zorgverzekeraars meer zekerheid geven over de rechtmatigheid van de declaraties en zal dat leiden tot afname van de controledruk.

Ook zal de uitgebrachte rapportage vermelden wat binnen het proces voor verbetering vatbaar is. Hiermee kan het ziekenhuis een verbetertraject ingang zetten. Dit zal leiden tot verbetering van de AO/IC rondom het registratie- en declaratieproces. Certificering is dus niet alleen een maatregel op zich, maar draagt ook bij aan de verwezenlijking van de tweede genoemde maatregel. Het doel is dus tweeledig: verbetering van de AO/IC rondom het declaratieproces en zekerheid over de rechtmatigheid van de declaraties richting de zorgverzekeraars.

2.5 Samenvatting en conclusie

De invoering van het nieuwe bekostigingssysteem en de complexiteit ervan hebben geleid tot moeilijkheden rondom het declareren van zorgprestaties. Dit heeft geleid tot meer onderling wantrouwen tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen en een toegenomen controledruk vanuit de verschillende partijen. Ook heeft de systeemcomplexiteit geleid tot onzekerheden met betrekking tot de omzetverantwoording, waardoor de accountant minder gemakkelijk een goedkeurende verklaring kon geven.

Om de genoemde knelpunten weg te nemen, is een aantal maatregelen genoemd. De eerste maatregel is dat er duidelijke en werkbare regelgeving moet komen en dient gecontroleerd te worden op de naleving ervan. Ten tweede dient het ziekenhuis te zorg voor een goede AO/IC. Hierbij dienen controles zo vroeg mogelijk in de keten ingebouwd te worden. Als het in het begin mis gaat, gaat het later ook mis. Dus om dat te voorkomen, moeten controles zoveel mogelijk in het begin plaatsvinden. Tot slot is certificering van de AO/IC een maatregel om meer transparantie en zekerheid naar de zorgverzekeraars toe te bieden. Tegelijk helpt deze maatregel bij de concretisering van een betere AO/IC.

⁴⁰ Deloitte, 2013, p. 11

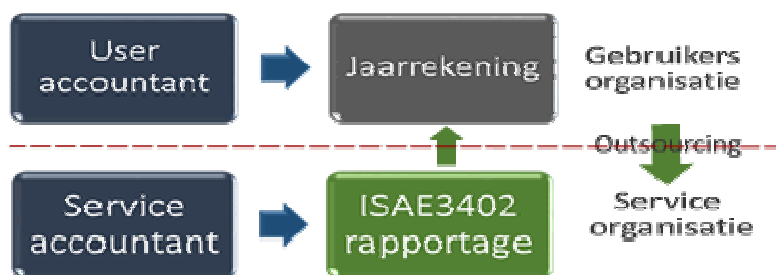
3. De certificeringsmogelijkheden

Een van de manieren om de in hoofdstuk twee onderkende knelpunten weg te nemen, is certificering van de AO/IC rondom het DBC-registratie- en declaratieproces. Aan de zorgverzekeraars kan dan een bepaalde mate van zekerheid gegeven worden over de AO/IC rondom genoemd proces. Voor het certificeren van de AO/IC zijn verschillende mogelijkheden. In dit hoofdstuk worden deze beschreven.

In de eerste paragraaf komt de certificering op basis van de standaard ISAE 3402 aan bod. De daaropvolgende paragraaf gaat over certificering op basis van de norm ISAE 3000. In de derde paragraaf komt certificering op basis van ISAE 4400 aan de orde. Certificering aan de hand van ISO-normen wordt in de vierde paragraaf beschreven. Tot slot wordt in paragraaf vijf, op basis van de in de voorgaande paragrafen beschreven certificeringsmogelijkheden, een slotconclusie getrokken.

3.1 Certificering op basis van standaard 3402

Een bedrijf (gebruikersorganisatie) kan een of meerdere bedrijfsprocessen uitbesteden aan een ander bedrijf (serviceorganisatie). De organisatie blijft echter verantwoordelijk voor de gehele bedrijfsvoering, dus ook voor de uitbestede onderdelen. Dit houdt in dat als er eisen aan zo'n proces gesteld worden, de gebruikersorganisatie hier aantoonbaar aan dient te voldoen. Wanneer bijvoorbeeld het uitbestede proces gekoppeld is aan relevante jaarrekeningposten, *“heeft de accountant voor de jaarrekeningcontrole van de gebruikersorganisatie inzicht nodig in de kwaliteit van de procesbeheersing bij de serviceorganisatie.”*⁴¹ Een rapportage op basis van de internationale standaard ISAE 3402, ook wel aangeduid als Service Organisation Control-rapport, helpt hierbij. De ISAE 3402 is namelijk de standaard voor het geven van zekerheid over met name opzet, bestaan (en werking) van de interne beheersingsmaatregelen bij serviceorganisaties.⁴²



Figuur 3.1 Relatie ISAE 3402-rapportage en gebruikers

Een rapport op basis van de standaard ISAE3402 (ook NV COS 3402) is met name bedoeld als verantwoordingsdocument van de serviceorganisatie voor de externe accountant van de gebruikersorganisatie. Deze rapportage is dus primair bedoeld ter ondersteuning van de jaarrekeningcontrole van de gebruikersorganisatie.⁴³ Wil het rapport voor de externe accountant bruikbaar zijn, is het van belang dat voldaan wordt aan de vormvereisten uit de

⁴¹ IIA, z.j., p. 5

⁴² Artikel 1 NV COS 3402

⁴³ KPMG, 2012, p. 7

standaard. Het rapport wordt opgesteld door een onafhankelijke auditor. Dit kan een accountant zijn, maar het is ook mogelijk dat een gecertificeerde auditor zo'n rapport verstrekt.

Er worden twee types ISAE 3402-rapporten onderscheiden. Type 1 betreft een momentopname. Dit type rapport beschrijft het proces en de interne beheersingsmaatregelen zoals deze op een bepaald moment zijn. De auditor toetst of de beschreven interne beheersingsmaatregelen toereikend zijn om de gestelde controledoelstelling te behalen. Ten tweede zal hij zich de vraag stellen of de beschrijving in het rapport overeenkomt met de realiteit.

In het type 1-rapport wordt de mening van de auditor over de opzet en het bestaan van de interne beheersingsmaatregelen uiteengezet. Een type 2-rapportage betreft een periode in plaats van een momentopname. Daarnaast wordt ook de werking van de interne beheersingsmaatregelen getoetst. In het type 2-rapport komen de bevindingen en de mening van de auditor over de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen gedurende een periode.⁴⁴ Er kan dus gesteld worden dat een type 2-rapportage breder is en dieper gaat dan een type 1-rapportage.

De standaard 3402 is in feite 'leeg'.⁴⁵ Hiermee wordt bedoeld dat de standaard slechts de kaders voor de assurance-opdracht ten behoeve van een ISAE 3402-rapportage aangeeft, maar geen inhoudelijke normen stelt waaraan het object van rapportage dient te voldoen. Het normenkader waaraan de onafhankelijke auditor dient te toetsen, wordt door de serviceorganisatie zelf vastgesteld. Ook welk niveau van beheersing als norm gehanteerd dient te worden, wordt door deze organisatie bepaald.⁴⁶ De onafhankelijke auditor doet vervolgens onderzoek naar welke interne beheersingsmaatregelen er zijn genomen om deze doelstellingen te behalen. Ook dient de auditor te beoordelen of de door de serviceorganisatie opgestelde criteria geschikt zijn.⁴⁷

Bij het Erasmus MC is met betrekking tot het registreren en declareren van zorg geen sprake van uitbesteding. Bovendien is certificering niet primair bedoeld voor de jaarrekeningcontrole. Een rapportage op basis van ISAE 3402 lijkt daarom niet voor de hand liggend. De certificering van de AO/IC rondom het declareren van zorgproducten is daarentegen bedoeld om met name zorgverzekeraars inzicht te geven in opzet, bestaan en werking van de interne beheersingsmaatregelen in het registratie- en declaratieproces. Tevens zal zo'n certificering dienen als basis voor verdere verbetering van de AO/IC.

Aangezien een ISAE 3402-rapport een oordeel geeft over de interne beheersingsmaatregelen, maakt dat certificering op basis van deze standaard wel tot de mogelijkheden behoort. Dat er van uitbesteding geen sprake is en er meerdere gebruikers zijn, doet daar niets aan af. Uitbesteding en gerichtheid op de jaarrekeningcontrole zijn

⁴⁴ KPMG, 2012, p. 10

⁴⁵ KPMG, 2012, p. 12

⁴⁶ NEMACC, 2014, p. 23

⁴⁷ Artikel 15 NV COS 3402

namelijk geen voorwaarde voor rapportage op basis van deze standaard. Nadelen van zo'n rapportage zijn echter wel dat deze omvangrijk is en relatief veel werk en kosten met zich meebrengt.⁴⁸

3.2 Certificering op basis van standaard 3000

De standaard ISAE 3000, die ook opgenomen is in de *Handleiding Regelgeving Accountancy* als NV COS 3000, is de algemene internationale standaard voor assurance-opdrachten. Een assurance-opdracht op basis van deze norm is bedoeld voor een brede doelgroep. Ook hoeft er geen direct verband te zijn met de jaarrekeningcontrole. Een opdracht op basis van deze standaard hoeft dan ook niet per se over financiële gegevens te gaan. Anders gezegd kan gesteld worden dat deze norm breder is dan de ISAE 3402. Dat is ook logisch, aangezien de laatstgenoemde als een specificatie van ISAE 3000 gezien moet worden. Ook voor ISAE/NV COS 3000 geldt dat deze slechts de kaders aangeeft waaraan de assurance-opdracht dient te voldoen. De inhoudelijke normen en het niveau waaraan getoetst moet worden, stelt de organisatie zelf op. Daarbij wordt wel als eis gesteld dat de interne beheersingsmaatregelen aan een *“algemeen aanvaard kwaliteitsniveau voldoen.”*⁴⁹ Hierop zal de externe auditor dus moeten toetsen.

Een ISAE 3000-rapport kan de vraag beantwoorden of interne beheersingsmaatregelen aan een bepaald kwaliteitsniveau voldoen. Dat niveau is dan ook gelijk de norm voor de toetsing door de externe auditor.⁵⁰ Ook voor de certificering van de AO/IC op basis van deze standaard zijn twee types mogelijk. De eerste variant heeft betrekking op de opzet en het bestaan van het controleobject op een bepaald moment. Het tweede type heeft betrekking op de opzet, het bestaan en de werking van het controleobject gedurende een bepaalde periode.

De standaard ISAE 3000 is dus, in tegenstelling tot ISAE 3402, niet specifiek gericht op de jaarrekeningcontrole en kent een brede gebruikersgroep. Doordat deze standaard minder specifiek is, zijn er meer mogelijkheden om de opdracht en rapportage in te richten naar de wensen van de klant en de gebruikers. Bovendien is geconstateerd dat een ISAE 3402-rapportage relatief duur en omvangrijk is. Een 3402-verklaring brengt namelijk een aantal verplichte rapportage-elementen met zich mee, die een 3000-verklaring niet kent. Hierdoor komen de totale kosten voor een 3402-verklaring hoger te liggen dan bij een 3000-verklaring, aldus de huisaccountant. Ook dat maakt een rapportage op basis van deze standaard, meer dan standaard 3402, geschikt voor certificering van de AO/IC rondom het registratie- en declaratieproces ten behoeve van de zorgverzekeraars.

3.3 Certificering op basis van standaard 4400

Een andere mogelijkheid is om te certificeren op basis van ISAE 4400 (NV COS 4400). Deze standaard is bedoeld voor aan assurance verwante opdrachten. Op basis van deze standaard kunnen dezelfde werkzaamheden worden verricht als bij een opdracht op basis van de ISAE 3000. Ook de gebruikersgroep kan bij beide standaarden hetzelfde zijn. Het

⁴⁸ IIA, z.j., p. 14

⁴⁹ NEMACC, 2014, p. 29

⁵⁰ NEMACC, 2014, p. 29

grote verschil is echter dat, in tegenstelling tot standaard 3000 een 4400- rapportage geen zekerheid verschaft.⁵¹ In feite is zo'n verslag dan niet meer dan een rapport van bevindingen.

Met een ISAE 4400-certificering kan het ziekenhuis dan wel een traject ter verbetering van de AO/IC ingang zetten, maar wordt dus geen zekerheid over de effectiviteit van de interne beheersingsmaatregelen verleend. Dit is echter wel een doelstelling die het ziekenhuis met de certificering wil bereiken. Daarom is een 4400-rapport uiteindelijk niet geschikt voor de certificering van de AO/IC rondom het registratie- en declaratieproces.

3.4 Certificering op basis van ISO-normen

Een alternatief voor certificering aan de hand van de ISAE is een certificaat op basis van ISO-normen. ISO staat voor International Standards Organisation. Met name de normen 9000 en 27001/2 worden in de literatuur genoemd als alternatief voor ISAE. De norm 9000 richt zich op kwaliteitsmanagementsystemen. ISO 27001 en 27002 bieden normen voor de beveiliging van informatie. Nu is het beoordelen van een managementsysteem of de informatiebeveiliging echter nog iets anders dan het geven van een oordeel over de interne beheersingsmaatregelen.

Een belangrijk verschil is dat ISO, in tegenstelling tot ISAE, geen assurance biedt.⁵² Het biedt dus geen zekerheid over opzet, bestaan en werking van de interne beheersingsmaatregelen. Een ISO-certificaat geeft alleen aan of aan de betreffende norm is voldaan. Het certificaat wordt behaald of niet. Adviezen ter verbetering worden dus niet gegeven. Verder is de gebruikersgroep beperkt tot het management van de gecertificeerde organisatie. Het Erasmus MC wil daarentegen met de certificering juist een traject in gang zetten ter verbetering van de AO/IC rondom het declareren van zorg. Ook dient het certificaat inzicht te geven in de huidige situatie. Een enkele mededeling of aan de norm al dan niet is voldaan, is te weinig. Daarom voldoet ISO-certificering niet aan hetgeen het ziekenhuis met de certificering voor ogen heeft.

3.5 Samenvatting en conclusie

Voor de certificering komen vier soorten van certificaten in aanmerking: ISAE 3402, 3000 en 4400 en ISO. Hierbij zijn bij de ISAE drie mogelijkheden en bij ISO kan gekozen worden voor de normen 9000 en 27000. Het belangrijkste verschil tussen ISAE en ISO is dat de eerste zich kan richten op de interne beheersingsmaatregelen en de tweede alleen aangeeft of aan de betreffende ISO-norm is voldaan. Het belangrijkste verschil tussen ISAE 3402 en 3000 is dat de eerste specifiek gericht is op uitbesteding en financiële verantwoording en de tweede breder is. Ook kan gekozen worden voor een ISAE 4400-rapportage. Deze heeft veel weg van een ISAE 3000-rapport. Het grote verschil hierbij is dat de laatstgenoemde wel zekerheid verschaft en een ISAE 4400-rapport niet. In de onderstaande tabel is overzichtelijk weergegeven wat de reikwijdte en de doelgroep van de certificeringsmogelijkheden zijn. Ook is per optie aangegeven of deze zekerheid geeft of er in de rapportage ruimte is voor bevindingen.

⁵¹ Luur en Walhout, 2015, p. 2

⁵² IIA, z.j., p. 14

	<i>Standaard 3402</i>	<i>Standaard 3000</i>	<i>Standaard 4400</i>	<i>ISO-normen</i>
Reikwijdte	Uitbestede processen t.b.v. jaarrekeningcontrole	Zelf te bepalen	Zelf te bepalen	Management-systeem informatiebeveiliging
Doelgroep	Accountant van de gebruikersorganisatie	Zelf te bepalen	Zelf te bepalen	Management
Zekerheid	Ja	Ja	Nee	Nee
Bevindingen	Ja	Ja	Ja	Nee

Tabel 3.1 Certificeringsmogelijkheden

De conclusie is dat certificering op basis van ISAE 3000 (in het vervolg Standaard 3000) met als scope de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen het meest geschikt is. Deze standaard is namelijk breed opgezet en dat maakt deze geschikt om een oordeel te geven over de interne beheersing rondom het declareren van zorgproducten. De Standaard 3402 is specifiek gericht op de financiële verantwoording en relatief omvangrijk. Dat laatste maakt een 3402-rapportage duurder ten opzichte van een 3000-verklaring. Een Standaard 4400-rapportage biedt geen zekerheid. Dit is juist wel de bedoeling van de certificering. Een ISO-certificaat geeft alleen een oordeel. Dat is te weinig, omdat het ziekenhuis ook adviezen ter verbetering wil. Een ISAE-rapportage biedt deze wel. Inmiddels hebben de huisaccountant en een vertegenwoordiger van ZN laten weten het hiermee eens te zijn en heeft het ziekenhuis laten weten voor de Standaard 3000-verklaring te gaan.

4. De kaders van het controleprotocol

Om tot certificering van de AO/IC met betrekking tot het DBC-registratie- en declaratieproces op basis van de Standaard 3000 te komen, dient door een onafhankelijke accountant een onderzoek uitgevoerd te worden naar de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen. Voor dit onderzoek dient een controleprotocol opgesteld te worden. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kaders waar dit protocol aan moet voldoen. Daarmee zal de volgende vraag beantwoord worden: Aan welke kaders dient het controleprotocol voor de certificering, rekening houdend met de onderkende problematiek en de certificaatkeuze te voldoen?

Alvorens ingegaan kan worden op de vraag aan welke kaders het controleprotocol dient te voldoen, moet eerst duidelijk zijn wat een controleprotocol is. Daarom wordt in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk het fenomeen controleprotocol beschreven. In de tweede paragraaf wordt beschreven wat de consequenties van de toepassing van Standaard 3000 voor het controleprotocol zijn. Paragraaf drie stelt de controleprotocollen van Revalidatie Nederland en MSZ aan de orde. Beoordeeld is in hoeverre zij als basis kunnen dienen voor het controleprotocol ten behoeve van de certificering. In paragraaf vier worden aanbevelingen voor het controleprotocol ten behoeve van de certificering gedaan. Tot slot wordt in de vijfde paragraaf een samenvatting gegeven en een conclusie getrokken.

4.1 Controleprotocol

Voor het uitvoeren van een controleopdracht wordt een controleprotocol opgesteld. In deze paragraaf zal het controleprotocol beschreven worden. In de eerste subparagraaf wordt een definitie van het controleprotocol gegeven. Het doel van zo'n protocol wordt in subparagraaf twee beschreven. De inhoud van het controleprotocol komt in de derde paragraaf aan de orde. Tot slot worden in subparagraaf vier de kenmerken van een 'uitvoerbaar' controleprotocol genoemd en toegelicht.

4.1.1 Definitie

In de Van Dale wordt een protocol uitgelegd als *“geheel van vastgelegde regels en afspraken op een bepaald gebied.”* Toegespitst op een controleopdracht gaat het dus om het geheel van voorschriften waaraan bij de uitvoering van de controleopdracht voldaan moet worden. Het is een handleiding waarin staat op basis van welke normen getoetst dient te worden en hoe dit moet gebeuren. Ook schrijft het protocol voor hoe de resultaten gerapporteerd moeten worden.⁵³ Het protocol is geen vervanging van wet- en regelgeving, maar een verduidelijking en nadere concretisering ervan. *“Een protocol vormt de schakel tussen enerzijds de wet- en regelgeving en anderzijds de uit te voeren werkzaamheden.”*⁵⁴ Als de wet- en regelgeving duidelijk en concreet genoeg is, is een controleprotocol dus overbodig. Vaak zijn zaken echter alleen op hoofdlijnen geregeld.⁵⁵ Het controleprotocol mag, als een accountant de toetsing zal uitvoeren, ook 'accountantsprotocol' genoemd

⁵³ NBA, 2014, p. 5

⁵⁴ NIVRA, 2007, p. 13

⁵⁵ NBA, 2014, p. 9

worden. In het vervolg van dit hoofdstuk zal voor de duidelijkheid en consistentie 'controleprotocol' gehanteerd worden.

4.1.2 Doel

In de ideale situatie is op basis van de wet- en regelgeving al voldoende duidelijk waaraan het controleobject en de accountant moeten voldoen en hoe er gerapporteerd dient te worden. Een protocol is in die situatie overbodig. In de praktijk zijn zaken echter voornamelijk op hoofdlijnen geregeld. Het is dan niet duidelijk waaraan en hoe de accountant dient te toetsen. In dat geval kan een protocol de wet- en regelgeving verduidelijken, toelichten en voorbeelden geven. Hiermee geeft het controleprotocol richting aan de accountant voor de uitvoering van de controle en de rapportage van de resultaten.⁵⁶

Voor het ziekenhuis zijn vergelijkbaarheid en reproduceerbaarheid belangrijke doelen. Dat wil zeggen dat het controleprotocol ervoor moet zorgen dat de controle ten behoeve van de certificering van de AO/IC bij meerdere ziekenhuizen op dezelfde manier wordt uitgevoerd. Op deze manier komt op eenzelfde manier een oordeel tot stand en kunnen deze met elkaar vergeleken worden.

4.1.3 Inhoud

Het controleprotocol bevat een praktische uitwerking en verduidelijking van wet- en regelgeving. Het bevat dus geen vervangende of aanvullende regels.⁵⁷ Ook kan het protocol praktische voorbeelden ter verduidelijking geven. In de *Handreiking accountantsprotocollen* van het NIVRA wordt de volgende structuur en inhoud geadviseerd: de uitgangspunten van de controle, de onderzoeks aanpak en het gewenste accountantsproduct. Deze worden hierna achtereenvolgens toegelicht.

Uitgangspunten

Als eerste wordt de doelstelling van het controleprotocol beschreven. Ook de doelstelling van het controleobject komt hierbij aan de orde. Vervolgens worden de definities van belangrijke begrippen beschreven en toegelicht. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de invulling van het begrip 'rechtmatigheid' en de te hanteren toleranties. Tot slot worden de procedures en termijnen beschreven. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de levertermijnen, de communicatie tussen betrokken partijen en een eventuele helpdesk bij vragen.

Onderzoeks aanpak

Hier komt de doelstelling en de reikwijdte van het onderzoek aan de orde. Ook wordt bij de onderzoeks aanpak ingegaan op de relevante wet- en regelgeving en betrouwbaarheid en materialiteit. In het protocol moet duidelijk beschreven worden wát er gecontroleerd moet worden en wat precies de opdracht is. Bij de doelstelling en reikwijdte dient ook vermeld te worden wat de gewenste zekerheid is en of er behoefte aan bevindingen is. Hierbij dient de mate van zekerheid (betrouwbaarheid) en de vereiste nauwkeurigheid (materialiteit)

⁵⁶ NBA, 2014, p. 9

⁵⁷ NIVRA, 2007, p. 8

beschreven te worden. In de onderzoeksaanpak worden ook de werkzaamheden genoemd. Welke werkzaamheden en hoe detaillistisch deze beschreven worden, hangt af van de overeengekomen controleopdracht. Aan welke normen er getoetst dient te worden, wordt eveneens in de onderzoeksaanpak beschreven. Het ziekenhuis heeft deze normen beschreven in het normenkader ten behoeve van de certificering (zie bijlage C).

Accountantsproduct

De toetsing van het controleobject aan de hiervoor gestelde normen leidt tot een rapportage. Welk product gewenst is, dient hier te worden beschreven. Er zijn globaal twee soorten rapportages te onderscheiden: rapporten die wel zekerheid (assurance) verschaffen en rapportages die geen zekerheid geven. Bij de eerste soort, dus ook bij een Standaard 3000-rapportage, zijn vier soorten verklaringen mogelijk: goedkeurend, met beperking, oordeelonthouding en afkeurend. Voor al deze soorten dient een modeltekst van de verklaring te worden opgenomen.

4.1.4 Kenmerken

Voor het schrijven van een controleprotocol heeft de werkgroep Controleprotocollen (COPRO) van de NBA een *Schrijfwijzer accountantsprotocollen* opgesteld. In deze brochure wordt een aantal criteria voor een uitvoerbaar protocol genoemd. In deze subparagraaf worden deze kenmerken benoemd, toegelicht en toegepast op het ziekenhuis. Het gaat om de volgende kenmerken: duidelijke omschrijving object, tijdige vastlegging protocol, heldere definiëring van normen, vastliggende reikwijdte en diepgang, inachtneming vaktechnische beperkingen, actueel product, afbakening verantwoordelijkheden en afstemming met betrokken partijen.

1. Duidelijke omschrijving van het onderzoeksobject

De accountant dient te weten wát hij precies moet onderzoeken en waarbij hij hier op moet letten. Gaat het om bedragen of juist om processen en systemen? Dit moet duidelijk beschreven zijn. Ook dient vermeld te worden of er getoetst moet worden op de situatie gedurende een periode of op een bepaald tijdstip. Ook de doelstelling(en) van de uit te voeren controleopdracht dienen vermeld te worden. Deze zijn namelijk bepalend voor de werkzaamheden van de accountant. In het geval van het ziekenhuis gaat het om de toetsing van de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen in het registratie- en declaratieproces gedurende een periode. Over welke periode de toetsing dient plaats te vinden, is momenteel niet bekend. De doelstellingen van de controleopdracht zijn in het projectplan van Verantwoord Declareren en in het normenkader ten behoeve van de certificering (zie bijlage C) geformuleerd.

2. Tijdige vaststelling van het protocol en geen tussentijdse wijzigingen

Voor aanvang van de verantwoordingsperiode dient het controleprotocol opgesteld en bekend te zijn. Tijdens de verantwoordingsperiode worden er geen wijzigingen in aangebracht, tenzij er wijzigingen zijn in de wet- en regelgeving. Wanneer dit vaak gebeurt, is het lastig om tijdig een controleprotocol opgesteld te hebben. De in de schrijfwijzer aangedragen oplossing is om voor de verslaggevingsperiode een conceptversie op te stellen en tijdens deze periode er een addendum (=bijlage) aan toe te voegen. Voor de certificering is door de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars een normenkader (zie bijlage C)

vastgesteld. Het is niet de bedoeling dat deze gedurende de toetsing wijzigt. Het ziekenhuis kan daarom voorafgaande aan de certificering een definitieve versie van het protocol vaststellen.

3. Heldere definiëring van de normen of criteria voor het onderzoek

De accountant moet voor zijn onderzoek beschikken over heldere en toetsbare criteria. Dan weet hij waaraan hij het controleobject dient te toetsen. Daarom wordt in de schrijfwijzer aanbevolen om een lijst van relevante wetten en regels of een verwijzing daarnaar in het protocol op te nemen. De normen, waar de accountant aan moet toetsen, zijn vastgelegd in het normenkader ten behoeve van de certificering (bijlage C). Dit normenkader is door de accountant beoordeeld en naar aanleiding daarvan heeft hij aangegeven 'hiermee uit de voeten te kunnen.'

4. Reikwijdte en diepgang van het onderzoek liggen vast

De accountant dient te weten welk niveau van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid (materialiteit) van toepassing is. Wat de betrouwbaarheid betreft, wil het ziekenhuis een redelijke mate van zekerheid. De nauwkeurigheid is nog niet vastgesteld. Dit moet gedaan worden door het ziekenhuis in overleg met de accountants en de zorgverzekeraars. De accountant moet er namelijk bij de uitvoering van de controleopdracht mee gaan werken en de zorgverzekeraars moeten de mate van nauwkeurigheid aanvaardbaar vinden. Hierbij moet opgemerkt worden dat de materialiteit niet als absoluut getal of bedrag weergegeven kan worden, omdat het controleobject geen financiële informatie bevat. Wel zou de materialiteit als percentage weergegeven kunnen worden. Stel dat de materialiteit op 0% wordt vastgesteld, dan houdt dit in dat er door de accountant geen afwijkingen zijn geconstateerd in de weergave van de interne beheersingsmaatregelen.

Ook de definities moeten duidelijk, dus niet voor meerderlei uitleg vatbaar, zijn. Hoe de controle dient te worden ingericht, moet voor de accountant helder zijn. Daarom zullen ook de te verrichten werkzaamheden beschreven moeten worden. De schrijfwijzer stelt dat deze niet tot in detail voorgeschreven moeten worden, omdat dit onder de 'vaktechnische verantwoordelijkheid' van de accountant zou vallen.⁵⁸ Het moet voor de accountant echter wel duidelijk zijn wat hij moet doen. Of dat het geval is, is aan hem ter beoordeling. Wanneer de beschrijving van de werkzaamheden 'teveel in de detail' zou zijn, wordt in de schrijfwijzer niet duidelijk.

Het ziekenhuis geeft aan dat voor het controleprotocol ten behoeve van de certificering ook vergelijkbaarheid en reproduceerbaarheid belangrijke doelen van het protocol zijn. Om dat te realiseren, moet bij de controleopdracht bij alle ziekenhuizen op dezelfde manier gebeuren. Elke variatie in werkzaamheden kan tot een ander oordeel en zelfs tot een verschillend eindoordeel leiden. De accountant baseert zijn oordeel immers op zijn conclusies naar aanleiding van de uitgevoerde controlewerkzaamheden.⁵⁹ Om te voorkomen dat deze variatie toch ontstaat, zal in het controleprotocol een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden gegeven moeten worden.

⁵⁸ NBA, 2014, p. 14

⁵⁹ Artikel 4 NV COS 500

5. Er is rekening gehouden met vaktechnische mogelijkheden/beperkingen

De normen en eisen die in het protocol staan, dienen uitvoerbaar en haalbaar te zijn. Het heeft geen nut om eisen te stellen, waarvan bij voorbaat vaststaat dat deze niet uitvoerbaar zijn. Een voorbeeld van een vaktechnische beperking bij het ziekenhuis houdt verband met de registratie van een diagnose of behandeling door de behandelaar. Deze kan een andere diagnose registreren dan dat hij de patiënt verteld heeft. Dat dit voorkomt, wordt in een essay in het dagblad *Trouw* (zie hiervoor bijlage B) duidelijk gemaakt. Het is voor de accountant niet mogelijk na te gaan of de registratie overeenkomt met hetgeen hij de patiënt vermeld heeft. Hij kan namelijk niet bij het stellen van de diagnose aanwezig zijn, omdat de patiënt recht heeft op privacy. Bovendien kan vanuit kostenperspectief bij het registreren van zorgactiviteiten het vierogenprincipe niet toegepast worden.

6. Gevraagd product is duidelijk en actueel

De accountant weet welke mate van zekerheid en welk product er van hem wordt gevraagd. Het kan gaan om een verklaring, een assurance-rapport of een rapport van feitelijke bevindingen. Een verklaring is bedoeld voor de beoordeling van historische financiële informatie. Een assurance-rapport is bedoeld voor overige assurance-opdrachten. Het kan dan gaan over de beoordeling van niet-financiële informatie. Te denken valt dan aan de beoordeling van processen. Het rapport van bevindingen is bedoeld voor specifieke overeengekomen werkzaamheden (standaard 4400). Er wordt dan geen eendoordeel gegeven of conclusie getrokken, maar worden alleen de bevindingen beschreven.⁶⁰ Welk product de accountant moet opleveren, dient duidelijk beschreven te zijn. In het voorgaande hoofdstuk is geconcludeerd dat een Standaard 3000-rapportage het meest geschikt is.

7. Ieders verantwoordelijkheid is duidelijk afgebakend

In het controleprotocol dient duidelijk vastgelegd te worden wat de verantwoordelijkheden van de betrokken partijen wel en niet zijn. Concreet zijn de accountant, de opsteller van het protocol, de gecontroleerde en eventueel een toezichthouder de betrokken partijen. Zo zijn de opstellers van het protocol, het ziekenhuis en de zorgverzekeraar, verantwoordelijk voor de inhoud ervan. De accountant draagt als deskundige verantwoordelijkheid voor de rapportage op grond van de door hem uitgevoerde controleopdracht. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van de aan de accountant verstrekte informatie blijft bij de verstrekker daarvan. Dat is de gecontroleerde organisatie. Het controleprotocol ten behoeve van de certificering is nog niet opgesteld. Ook is nog niet bekend welke organisatie de certificering gaat uitvoeren. De verantwoordelijkheden van de betrokken partijen zijn dus nog niet vastgesteld.

8. Protocol is met alle betrokken partijen afgestemd

Over het controleprotocol dient met alle betrokken partijen (accountant, opsteller, gecontroleerde en eventuele toezichthouder) gecommuniceerd te worden. Het moet voor elke betrokkene duidelijk zijn wat er van iedere partij wordt verwacht. Dit kan het ziekenhuis bijvoorbeeld ook bereiken door periodiek een overleg te houden. Zo kunnen wederzijdse verwachting op elkaar afgestemd worden. Ook kunnen de opstellers dan

⁶⁰ NBA, 2014, p. 20

eventuele veranderingen in wet- en regelgeving van een toelichting voorzien en bestaande protocollen evalueren.

4.2 Standaard 3000

In het voorgaande hoofdstuk is geconcludeerd dat voor de certificering van de AO/IC rondom het registratie- en declaratieproces een rapportage op basis van de Standaard 3000 het meest geschikt is. In deze paragraaf zal beschreven worden met welke regels vanuit deze standaard het controleprotocol rekening dient te houden.

In de Standaard 3000 staat op hoofdlijnen beschreven waar de accountant aan moet voldoen bij de aanvaarding, de uitvoering en de afronding van een assurance-opdracht anders dan het controleren of beoordelen van historische financiële informatie.⁶¹ In de voorgaande paragraaf is geconcludeerd dat wanneer slechts op hoofdlijnen beschreven is waar de accountant aan moet voldoen, een controleprotocol dienstbaar kan zijn. Dit betekent dat voor een controleopdracht op basis van de Standaard 3000 een controleprotocol nuttig is. Zo'n protocol biedt namelijk een nadere detaillering en verduidelijking van de gestelde normen.⁶² De volgende voorbeelden maken dit duidelijk.

In het tweede artikel van de Standaard 3000 worden zowel een 'opdracht tot het verkrijgen van een redelijke mate van zekerheid' als een 'opdracht tot het verkrijgen van een beperkte mate van zekerheid' genoemd. Met gebruikmaking van deze standaard zijn beide maten van zekerheid mogelijk. De accountant dient voor de uitvoering van de controleopdracht echter wel te weten met welke mate van zekerheid hij zijn werkzaamheden moet uitvoeren.⁶³ In het controleprotocol wordt dit dan vermeld.

Een ander voorbeeld betreft het opstellen van het assurance-rapport. De Standaard 3000 vermeldt dat het om een schriftelijke rapportage moet gaan en dat de formulering daarin duidelijk moet zijn.⁶⁴ Ook worden in artikel 49 van deze standaard de basiselementen van het assurance-rapport beschreven. Naar aanleiding van deze standaard is dus duidelijk welk accountantsproduct er gevraagd wordt, namelijk een assurance-rapport, en waar deze aan moet voldoen. Vervolgens wordt op basis van deze normen in het protocol een modeltekst voor de rapportage opgenomen. Aangezien het assurance-rapport ook een niet-goedkeurend oordeel kan geven, is het aan te bevelen tevens een modeltekst voor een niet-goedkeurend assurance-rapport op te nemen.⁶⁵ De opgenomen modelteksten zijn dan de concretisering van de in de standaard opgenomen eisen aan en basiselementen van de rapportage.

In de standaard staat niets over een controleprotocol vermeld. Het is dan ook niet verplicht op basis van deze standaard zo'n protocol op te stellen. Om de gestelde normen concreet te maken is het wel nuttig en verdient het daarom aanbeveling om wel een protocol te schrijven. In de Standaard 3000 wordt in artikel 12 echter wel genoemd dat de accountant de opdracht zodanig dient te plannen dat deze op een doeltreffende wijze zal worden

⁶¹ Artikel 1 NV COS 3000

⁶² NIVRA, 2007, p. 5

⁶³ NBA, 2014, p. 27

⁶⁴ Artikel 46 NV COS 3000

⁶⁵ NBA, 2014, p. 27

uitgevoerd. De planning omvat de strategie voor de reikwijdte, de diepgang, het tijdschema en de uitvoering van de opdracht.⁶⁶ Deze aspecten staan ook in het protocol beschreven. Het verdient daarom aanbeveling om als opsteller het controleprotocol voorafgaande aan de uitvoering van de controleopdracht met de accountant te bespreken. De accountant kan dan op die manier aan de eis voldoen een planning op te stellen, de opsteller kan er in zijn protocol op aansluiten en het voorkomt dat er 'dubbel werk' wordt verricht.

4.3 Voorbeelden controleprotocol

In deze paragraaf worden twee controleprotocollen beschreven. Tevens wordt er nagegaan in hoeverre deze als voorbeeld voor het controleprotocol ten behoeve van de certificering kunnen dienen. In de eerste subparagraaf zal het controleprotocol voor de revalidatiecentra aan bod komen. Het project Verantwoord Declareren is namelijk geïnspireerd door het certificeringstraject bij de revalidatiecentra in Nederland en heeft als doel om zekerheid te verkrijgen bij gedeclareerde DBC's door onderzoek te doen naar de opzet, het bestaan en de werking van interne beheersingsmaatregelen.⁶⁷ Voor dit onderzoek is reeds een definitief controleprotocol opgesteld. Deze wordt dus beschreven. In de tweede subparagraaf wordt het controleprotocol voor de rechtmatigheidscontroles van MSZ beschreven en beoordeeld. De reden hiervoor is dat dit protocol eveneens betrekking heeft op het registratie- en declaratieproces.

4.3.1 Controleprotocol Revalidatie Nederland

Het protocol voor de controle op het bestaan van interne beheersingsmaatregelen bij Revalidatie Nederland is beoordeeld door COPRO. Op basis hiervan mag worden aangenomen dat het voldoet aan de gestelde eisen. In het protocol wordt verwezen naar normen waaraan getoetst dient te worden. Voor het overzicht zou het mijns inziens wenselijk zijn hiervan een lijst op te nemen. Wel worden de te toetsen beheersmaatregelen genoemd en hoe de score verwerkt dient te worden. Dit wordt gedaan aan de hand van kleuren. Groen betekent dan dat de beheersmaatregel bestaat, oranje geeft aan dat deze wel bestaat, maar is voor verbetering vatbaar en rood geeft aan dat de beheersmaatregel niet bestaat. Het is dan in één oogopslag te zien hoe er per beheersmaatregel gescoord is en welke kleur(en) overheersen. Daarom is deze methode van scores verwerken ook aan te bevelen voor het ziekenhuis

In het protocol zijn de werkzaamheden zeer globaal beschreven. Er wordt alleen beschreven wat de werkzaamheden ten minste moeten bevatten. Welke werkzaamheden precies moet uitvoeren, wordt gezien als de primaire verantwoordelijkheid van de accountant.⁶⁸ De uit te voeren werkzaamheden kunnen dus per accountant verschillen. Het ziekenhuis stelt echter dat vergelijkbaarheid en reproduceerbaarheid belangrijke doelen van het controleprotocol zijn. Om dat te bereiken zal een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden gegeven moeten worden (zie hiervoor meer in paragraaf 4.1.4). Het controleprotocol voldoet aan de gestelde eisen. Bovendien heeft het betrekking op een controleopdracht die vergelijkbaar is met de certificering bij het ziekenhuis. In beide

⁶⁶ Artikel 12 NV COS 3000

⁶⁷ Deloitte, 2013, p. 9

⁶⁸ Revalidatie Nederland, 2015, p. 4

gevallen gaat het immers om de toetsing van de interne beheersingsmaatregelen. Daarom kan dit controleprotocol als voorbeeld dienen voor het controleprotocol ten behoeve van de certificering. Wel zullen de werkzaamheden gedetailleerder beschreven moeten worden om de doelen vergelijkbaarheid en reproduceerbaarheid te kunnen realiseren.

4.3.2 Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ

Formeel is de *Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ* geen controleprotocol. Dit blijkt uit het gegeven dat er geen accountantsproduct uit voort zal komen.⁶⁹ Ook staat in het document niets beschreven over de betrouwbaarheid en de materialiteit en is er geen modeltekst voor de af te geven verklaring opgenomen. Wel is vermeld aan welke wet- en regelgeving de registratie en declaratie van de zorg aan dient te voldoen. Ook zijn alle controlepunten en –werkzaamheden opgenomen. De auditor of accountant, die met deze handreiking aan de slag gaat, weet precies waar hij aan moet toetsen en welke werkzaamheden hij hierbij moet uitvoeren. Wat in de handreiking staat is dus reproduceerbaar en vergelijkbaar en voldoet het aan de doelen die het ziekenhuis aan het protocol gesteld heeft. Vanuit dit oogpunt kan deze handreiking dus als voorbeeld dienen.

Het is wel zo dat in de handreiking alleen gegevensgerichte werkzaamheden zijn opgenomen. Om zich een goed beeld van de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen te kunnen vormen, dient de accountant juist ook systeemgerichte controlewerkzaamheden uit te voeren. Deze kunnen er aan toegevoegd worden. Dat neemt niet weg dat, gezien de reproduceerbaarheid en vergelijkbaarheid, de handreiking geschikt is om als voorbeeld te dienen voor het controleprotocol ten behoeve van de certificering. Het moet dan wel uitgebouwd worden tot een volwaardig protocol.

Wanneer deze handreiking als uitgangspunt wordt genomen, dienen de controlepunten wel vervangen moeten worden door de controledoelstellingen uit het normenkader (bijlage C). Zo staat in de handreiking als controlepunt het onterecht vastleggen van een polikliniekbezoek. Dit zal veranderd moeten worden in juiste, volledige en tijdige registratie van polikliniekbezoek. Bij dit controlepunt staan als controlewerkzaamheden data-analyse, deelwaarneming en steekproef. Dit zal uitgebreid moeten worden met systeemgerichte controles. Een voorbeeld hiervan is het inzien van controlelijsten uit het auditprogramma Valuecare. Aan de hand van deze controlelijsten kan dan beoordeeld worden of Valuecare de controles daadwerkelijk uitvoert zoals in de AO/IC-beschrijving beschreven is.

4.4 Kaders controleprotocol

Het controleprotocol dient richting te geven aan de controle ten behoeve van de certificering van de AO/IC omtrent het registratie- en declaratieproces. In hoofdstuk twee is geconcludeerd dat er met betrekking tot het declareren van zorg een aantal knelpunten te onderkennen is. Er zijn bij de ziekenhuizen systeemproblemen en bij de zorgverzekeraars zijn er twijfels over de rechtmatigheid van de declaraties. De certificering van de AO/IC moet bijdragen aan het wegnemen van de knelpunten. Hier dient het controleprotocol dus richting aan te geven.

⁶⁹ NFU, NVZ en ZN, 2015, p. 7

Het controleprotocol dient te voldoen aan de richtlijnen die in de *Schrijfwijzer accountantsprotocollen* vermeld staan. Het moet immers een uitvoerbaar protocol zijn. Hierover is meer te lezen in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. Voor het controleprotocol ten behoeve van de certificering zijn, zoals eerder beschreven, reproduceerbaarheid en vergelijkbaarheid belangrijke doelstellingen. Daarom zal, in tegenstelling tot wat in de *Schrijfwijzer accountantsprotocollen* wordt geadviseerd, een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden gegeven moeten worden. Dit voorkomt variatie in de werkzaamheden. Hiermee wordt voorkomen dat het oordeel over de AO/IC omtrent het declaratieproces bij ziekenhuis A anders uitvalt dan bij ziekenhuis B, omdat er andere controlewerkzaamheden verricht zijn. Als de oordelen verschillend uitvallen, komt dat door de situatie in het ziekenhuis zelf.

Mijns inziens zal in het proces ook aandacht moeten zijn voor soft controls. Bij soft controls gaat het om het gedrag van medewerkers en de cultuur binnen de organisatie.⁷⁰ In het geval van het ziekenhuis gaat het om het gedrag van medewerkers die betrokken zijn bij het registreren en declareren van de zorg. Concreet gaat het dan bijvoorbeeld om de arts, die een patiënt in behandeling heeft en aan moet geven welke zorg hij aan de patiënt verleend heeft. Een essay in het dagblad *Trouw* van 21 maart 2015 (zie hiervoor bijlage B) toont aan dat het gedrag van de behandelaar van invloed is op de registratie van de zorg en daarmee indirect op de rechtmatigheid van de declaraties bij de zorgverzekeraar. Het is voor de accountant echter moeilijk om hierop te controleren (zie paragraaf 4.1.4). Eventueel kan wel nagegaan worden wat het ziekenhuis doet aan beïnvloeding van het gedrag van behandelaars rondom de registratie van diagnoses en behandelingen. Voorbeelden hiervan zijn de informatievoorziening en trainingen. Of de arts in loondienst is of niet, is eveneens van belang. Wanneer een arts in loondienst is, heeft hij namelijk geen persoonlijk belang bij onrechtmatig declareren. Als hij als zelfstandige werkt, zal hij in zijn voordeel willen registreren en declareren.

4.5 Samenvatting en conclusie

Het controleprotocol geeft aan waar bij de controleopdracht aan voldaan moet worden en waaraan moet worden getoetst. Het controleprotocol geeft geen nieuwe of aanvullende regels, maar is een verduidelijking en concretisering van bestaande regelgeving. Het geeft daarmee richting aan de controleopdracht. De NBA vermeldt in haar schrijfwijzer wat er in zo'n protocol moet staan en aan welke kenmerken een uitvoerbaar protocol moet voldoen. Deze schrijfwijzer geeft aan dat een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden niet in het protocol hoeft. Voor het protocol ten behoeve van de certificering is dit in verband met reproduceerbaarheid en vergelijkbaarheid wel wenselijk. Als voorbeeld voor het protocol kunnen de het controleprotocol van Revalidatie Nederland (RN) en de handreiking van MSZ dienen. Het protocol van RN voldoet immers aan de criteria vanuit de NBA en de handreiking voor de rechtmatigheidscontroles bevat een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden. Wat mij betreft wordt ook aandacht gegeven aan soft controls, omdat het registratiegedrag van belang is voor de rechtmatigheid van declaraties.

⁷⁰ <http://www.bdo.nl/nl/themas/softcontrols/paginas/default.aspx>, geraadpleegd op 29 mei 2015

5. De beschrijving van de AO/IC

Ten behoeve van de certificering wordt de AO/IC in kaart gebracht. In dit hoofdstuk wordt op het beschrijven van de AO/IC ingegaan. Hierbij wordt de volgende vraag beantwoord: Leidt de huidige methode van AO/IC in kaart brengen tot het wegnemen van de onderkende knelpunten en welke stappen zijn daarvoor eventueel nog nodig?

In de eerste paragraaf worden de basisvereisten voor een AO/IC-beschrijving genoemd. De huidige manier van het beschrijven van de AO/IC wordt in de tweede paragraaf uitgelegd. Het resultaat van het in kaart brengen en beschrijven zijn zogenoemde formats met daarin uitgewerkte controledoelstellingen. Deze formats zijn geanalyseerd. Deze analyse wordt in de derde paragraaf beschreven. Naar aanleiding van de beschrijving van de huidige methodiek en de analyse van de formats is de huidige methodiek beoordeeld. In paragraaf vier wordt deze beoordeling beschreven en worden aanbevelingen gedaan. Tot slot wordt in paragraaf vijf een samenvatting gegeven en een conclusie getrokken.

5.1 Basisvereisten AO/IC-beschrijving

Voor het beschrijven van processen wordt vaak gebruik gemaakt van schema's. Hiervoor zijn verschillende vormen. Welk schema het meest geschikt is, hangt af van welk doel men ermee wil bereiken. De hoofddoelen van schema's zijn: het geven van analytisch of informatief inzicht of het geven van werkinstructies.⁷¹ Bij het ziekenhuis zijn de werkinstructies al aanwezig, zo blijkt uit de ingevulde formats ten behoeve van de certificering (zie hiervoor bijlage E). Het geven van werkinstructies is voor het ziekenhuis dus geen hoofddoel.

Het beschrijven van de AO/IC omtrent het registratie- en declaratieproces heeft als doel om tot de gewenste, dat is een certificeerbare, AO/IC te komen.⁷² Hiervoor zullen mogelijk wijzigingen in de AO/IC aangebracht dienen te worden. De AO/IC-beschrijving heeft daarom voor het ziekenhuis met name als doel het geven van analytisch inzicht. Dit wordt verkregen als de beschrijving antwoord geeft op de vragen wat, wie (is verantwoordelijk en voert uit), waarmee, waarom en wanneer?⁷³ Dit is dus een basisvereiste voor de beschrijving van de AO/IC. Verder dient de beschrijving mijns inziens duidelijk en actueel te zijn. Als de inhoud achterhaald en onduidelijk is, kan de beschrijving niet als basis voor de certificering dienen. Het geeft dan geen inzicht in de huidige situatie en als de inhoud niet duidelijk is, kan er niet mee gewerkt worden.

5.2 Huidige methodiek

Het beschrijven van de AO/IC omtrent het DBC-registratie- en declaratieproces maakt onderdeel uit van het project Verantwoord Declareren. Het hoofddoel van het ziekenhuis met dit project is het realiseren van meer control teneinde een getrouw beeld van de omzet te vormen.⁷⁴ Vanuit het ziekenhuis wordt de volgende uitspraak gedaan: *"When I achieve*

⁷¹ Beek, Meuwissen en Vaassen, 2011, p. 178

⁷² Haagen, 2015, p. 2

⁷³ Beek, Meuwissen en Vaassen, 2011, p. 179

⁷⁴ Haagen, 2015, p. 2

*control, I will become certified – and thereby create the needed confidence in order to decrease the number of checks.*⁷⁵ Het ziekenhuis wil hiermee zeggen dat de organisatie zelf het registratie- en declaratieproces onder controle wil brengen, waardoor de AO/IC gecertificeerd kan worden. Deze certificering moet wederzijds vertrouwen tussen het ziekenhuis en zorgverzekeraars creëren. Wanneer er wederzijds vertrouwen is, kunnen de controles bij het ziekenhuis en de zorgverzekeraar verminderd worden. Om het registratie- en declaratieproces onder controle brengen wordt deze in kaart gebracht en beschreven. De wijze waarop dit gebeurt, wordt in deze paragraaf beschreven.

Ten behoeve van de certificering van de AO/IC omtrent het DBC-registratie- en declaratieproces binnen de ziekenhuizen, is een landelijk normenkader opgesteld (zie hiervoor bijlage C). Dit normenkader is vastgesteld door de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars. In het normenkader staan de doelstellingen van de certificering: getrouw beeld van de omzet, effectieve en efficiënte controles in de keten en voldoen aan de informatieverplichting. Vervolgens worden de subprocessen van het registratie- en declaratieproces genoemd.

Deze subprocessen worden samengevat in het RSAD-model. RSAD staat voor Registreren, Samenvatten, Afleiden en Declareren. Onder registreren wordt het vastleggen van de patiëntgegevens, de verwijzer, openen en sluiten van zorg- en subtrajecten, zorgvraag, diagnose en zorgactiviteiten verstaan. Samenvatten is het bijeenbrengen van de geregistreerde diagnoses, zorgactiviteiten en overige informatie uit het subtraject tot een geanonimiseerde dataset.⁷⁶ Vervolgens wordt door de Grouper uit het subtraject een zorgproduct afgeleid (zie hiervoor ook paragraaf 1.3). Tot slot wordt het afgeleide zorgproduct bij de zorgverzekeraar gedeclareerd.

Per subproces wordt in het normenkader een aantal controledoelstellingen genoemd. Aan de hand van deze controledoelstellingen wordt de AO/IC beschreven. Hiervoor wordt gebruik gemaakt van formats (zie bijlage D voor zo'n format met invulinstructie). Voor elke doelstelling wordt door verschillende deelnemers van het project Verantwoord Declareren een aparte format ingevuld. In het format wordt ten eerste de controledoelstelling zelf genoemd. Vervolgens worden de risico's, die ertoe kunnen leiden dat de doelstelling niet behaald wordt, benoemd. Daarna worden verantwoordelijke functionarissen, procedurebeschrijvingen, werkinstructies en checklists genoemd. Een tip die ik hierbij wil geven, is om de procedures en richtlijnen als link in het format op te nemen. Met één muisklik kunnen deze dan geraadpleegd worden en dat neemt 'zoekwerk' weg.

Daarna wordt een globale procesbeschrijving gegeven en worden de controlemaatregelen genoemd. Deze maatregelen moeten bijdragen aan het realiseren van de doelstelling en de onderkende risico's afdekken. Vervolgens worden de controlemaatregelen, ook interne beheersingsmaatregelen genoemd, uitgewerkt. Hierbij wordt antwoord gegeven op de

⁷⁵ Haagen, 2015, p. 2

⁷⁶ <http://werkenmetdbcs.nza.nl/over-de-dbc-systematiek/3441-factsheet-rsad-model/file/menu-ID-2255>, geraadpleegd op 2 juni 2015

vraag wie, wanneer, wat en hoe deze maatregel uitgevoerd en hoe dit gemonitord wordt. In het geval er een rapportage uit voortkomt, wordt dit ook vermeld.

Voor het invullen van deze formats is een aantal zogenoemde snelkookpanssessies georganiseerd. Tijdens zo'n sessie staan enkele controledoelstellingen centraal (zie hiervoor normenkader, bijlage C). Aan de hand van een format wordt een controledoelstelling uitgewerkt. Bij deze sessie zijn verschillende functionarissen uit de organisatie aanwezig, die naar verwachting iets kunnen zeggen over het bestaan van controlemaatregelen om de doelstelling te bereiken. Het streven is om bij aanvang van een sessie een deel van het format (doel t/m globale procesbeschrijving) zoveel mogelijk ingevuld te hebben. Tijdens de sessie wordt geïnventariseerd of er nog risico's en controlemaatregelen te onderkennen zijn. Vervolgens worden de controlemaatregelen gezamenlijk uitgewerkt. Hierbij worden de vragen gesteld die in paragraaf 5.1 genoemd zijn. De projectleider leidt het overleg over deze vragen en een van de aanwezigen noteert de uitkomsten in het format. Na afloop van de sessie worden de behandelde formats door de projectleider en enkele deskundigen nauwkeuriger uitgewerkt.

5.3 Analyse formats

Deze paragraaf geeft een analyse van de formats voor het beschrijven van de AO/IC (zie bijlage D voor de invulinstructie en bijlage E voor een voorbeeld). In de formats wordt als eerste de controledoelstelling zelf genoemd. Vervolgens wordt aangegeven wat de risico's hierbij zijn en onder de globale procesbeschrijving staan de controlemaatregelen genoemd. Ook is er een vak voor de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden. Hierbij valt op dat deze nog niet ingevuld zijn. De proceseigenaren en de verantwoordelijken voor de deelprocessen zijn inmiddels wel bekend, maar door de stuurgroep van Verantwoord Declareren nog niet geautoriseerd. Verder is er een vak voor support en templates. Hierin worden de werkinstructies, procedures en handleidingen vermeld. Nadat er ook een globale procesbeschrijving gegeven is, worden de controlemaatregelen uitgewerkt.

De controlemaatregelen worden uitgewerkt aan de hand van de vragend voornaamwoorden wie, wanneer, wat en hoe. Dit sluit aan bij de basisvereisten voor de AO/IC-beschrijving zoals beschreven in de eerste paragraaf van dit hoofdstuk. Vervolgens wordt aangegeven hoe de uitvoering van de controlemaatregel gemonitord wordt en of er een rapportage beschikbaar is om de werking van de maatregel te meten. Het is niet altijd duidelijk welke maatregel welke risico's af moet dekken. Inmiddels is dit opgelost door in een aparte kolom (na kolom 'Monitoring') aan te geven ter afdekking van welk risico deze maatregel is.

Het valt op dat in de uitwerking van de controlemaatregelen niet overal dezelfde terminologie wordt gehanteerd. Zo wordt in de kolom 'Wie' de functionaris bij de balie soms baliedewerker genoemd en soms wordt deze balie-assistent genoemd. Voor de duidelijkheid zouden hier dezelfde termen gebruikt moeten worden. In de kolom 'Hoe (Systeem)' dient beschreven te worden van welk overzicht uit welk systeem gebruik gemaakt wordt. Vaak wordt alleen het systeem genoemd. Voor de uitvoering van de controlemaatregel gaat het echter niet om het systeem zelf, maar om de informatie daarin. Bijvoorbeeld Excel zelf geeft geen informatie, maar een gevuld Excelbestand kan wel

informatie geven. Daarom zou in deze kolom consistent vermeld moeten worden van welk bestand uit welk systeem gebruik gemaakt is. Verder komen de ingevulde formats overeen met de invulinstructie.

5.4 Beoordeling methodiek

In hoofdstuk twee is beschreven dat er wederzijds wantrouwen is tussen de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars, de controledruk in de keten groot is en er onzekerheden ten aanzien van de omzetverantwoording zijn. Met het beschrijven van de AO/IC wil het ziekenhuis deze knelpunten (zie hierover meer in hoofdstuk 2) wegnemen. Hiertoe is een normenkader met controledoelstellingen opgesteld (zie bijlage C). Het ziekenhuis heeft aangegeven dat dit normenkader is opgesteld in samenwerking met de zorgverzekeraars.

In hoofdstuk twee is gebleken dat de genoemde knelpunten zich voordoen in relatie met de zorgverzekeraars. Dat met hen dit normenkader is opgesteld, geeft mijns inziens aan dat certificering op basis hiervan leidt tot meer wederzijds vertrouwen. Ook valt op dat de genoemde doelstellingen, die met de normen bereikt dienen te worden, overeenkomen met de onderkende knelpunten: getrouw beeld van de omzet – onzekerheden in de omzetverantwoording en effectieve en efficiënte controles in de keten – grote controledruk. Dit is een bevestiging dat met dit normenkader de knelpunten weggenomen kunnen worden.

Aan de hand van formats (zie bijlage E) worden de in het normenkader genoemde controledoelstellingen uitgewerkt. Hierbij is een duidelijk verband tussen de controledoelstellingen, de risico's en de controlemaatregelen. In eerste instantie was niet altijd duidelijk af te leiden welk risico met welke controlemaatregel(en) afgedekt moet worden. Nadat ik hierover een opmerking had gemaakt, is dit door een deelnemer van Verantwoord Declareren opgelost door de risico's te nummeren en het nummer van het risico in een kolom bij de uitgewerkte controlemaatregel te vermelden. Het verband is nu dus duidelijk zichtbaar.

De controlemaatregelen worden uitgewerkt aan de hand van de kolommen Controlemaatregel, Wie, Wanneer, Wat en Hoe. Hiermee worden de vereiste antwoorden op de vragen wat, wie, waarmee, waarom en wanneer (zie hiervoor meer in paragraaf 5.1) gegeven. Aan deze basisvereiste is dus voldaan. De formats worden in de eerste helft van 2015 ingevuld en zijn dus actueel. Ook aan deze vereiste is dus voldaan. Wat betreft de duidelijkheid, moet er opgemerkt worden dat nogal eens afkortingen gebruikt worden waarvan een derde niet begrijpt wat er bedoeld wordt. Een voorbeeld is de afkorting BMI in de kolom 'Wie'. Het verdient daarom aanbeveling een afkortingenlijst te maken, zodat duidelijk is dat in dit geval de afdeling Bureau Medische Informatie bedoeld wordt.

Een alternatief voor het beschrijven van de AO/IC is om deze uit te werken in stroomschema's. Met figuren en symbolen wordt dan visueel weergegeven wie, wat, waarmee en wanneer doet. Het is dus een schematische weergave van het proces. Het voordeel hiervan is dat in een oogopslag zichtbaar is hoe het proces verloopt. In zo'n stroomschema is echter geen direct verband tussen controledoelstellingen, risico's en controlemaatregelen. Voor het ziekenhuis is dit juist wel van belang, omdat het de

controledoelstellingen uit het normenkader wil behalen. Daarom is een het niet zo relevant te weten hoe het gehele proces verloopt. De controlemaatregelen moeten centraal staan. Deze methode is dus niet geschikt voor de certificering van de AO/IC bij het ziekenhuis. De formats worden ingevuld tijdens zogenoemde snelkookpansessies. Tijdens zo'n snelkookpansessie zijn er mensen aanwezig die informatie zouden moeten kunnen geven over de risico's en de controlemaatregelen bij de tijdens de sessie centraal staande controledoelstellingen. Gemiddeld zijn er zo'n 15 mensen bij aanwezig, die niet allemaal een constructieve bijdrage leveren. Dat blijkt uit het gegeven dat ze niet altijd informatie wisten te geven, maar wel aangaven het niet eens te zijn met de uitwerking van de controlemaatregelen.

Het bovenstaande roept de vraag op hoe iemand een mening kan hebben over een controlemaatregel als hij er geen verstand van heeft of lijkt te hebben. Bovendien leidde dit tot discussies tijdens de sessies, wat weer leidde tot vertraging. Het kwam meer dan eens voor dat na afloop van een sessie de formats van de centraal staande doelstellingen slechts ten dele waren ingevuld. Daarom worden de sessies door verschillende deelnemers als druk, chaotisch, inefficiënt en ineffectief bestempeld. Het verdient daarom geen aanbeveling om bij het uitwerken van de controledoelstellingen tijdens zulke sessies te doen.

Een alternatief voor het houden van snelkookpansessies is het afnemen van interviews met deskundigen op het gebied van de uit te werken controledoelstelling. Het nadeel hiervan is dat ook deze methode omslachtig is. Na het gehouden interview moet eerst een interviewverslag gemaakt en deze ter verificatie aan de geïnterviewde voorgelegd worden. Vervolgens moet het format zelf nog ingevuld worden. Mijns inziens is het daarom het beste om de formats in een zo'n select mogelijke groep uit te werken. Concreet kan gedacht worden aan een groep bestaande uit de projectleider, de opsteller van de formats en de invulinstructie en één deskundige op het gebied van de uit te werken controledoelstelling.

5.5 Samenvatting en conclusie

De AO/IC-beschrijving dient actueel en duidelijk te zijn en antwoord te geven op de vragen wat, wie, waarmee, waarom en wanneer. Gebleken is dat de AO/IC-beschrijving ten behoeve van de certificering hieraan voldoet. Het beschrijven van de AO/IC wordt gedaan aan de hand van controledoelstellingen die afkomstig zijn uit het normenkader voor de certificering. Gezien het feit het normenkader met de accountant en de zorgverzekeraars is opgesteld en de doelstellingen van het normenkader verband houden met de onderkende knelpunten, mag ervan uitgegaan worden dat met dit normenkader de onderkende knelpunten weggenomen kunnen worden. De controledoelstellingen uit het normenkader worden in formats uitgewerkt. Dit wordt gedaan tijdens snelkookpansessies. Deze sessies worden als inefficiënt en ineffectief beschouwd. Een alternatief is het houden van interviews, maar ook dit is inefficiënt. Daarom verdient het aanbeveling om met slechts enkele personen de formats in te vullen.

Het antwoord op de vraag of de methode van AO/IC beschrijven leidt tot het wegnemen van de onderkende knelpunten, is in principe bevestigend. Wel is er nog een aantal stappen nodig. Zo dient door middel van een nulmeting nagegaan te worden of de

controlemaatregelen ook daadwerkelijk op alle afdelingen binnen het ziekenhuis bestaan. Verder is gebleken dat de proceseigenaren en de verantwoordelijken voor de deelprocessen niet in de formats zijn beschreven, omdat deze nog niet officieel zijn aangesteld. Dit dient nog wel gedaan te worden, omdat dit een basisvereiste is voor een AO/IC-beschrijving. Dit neemt echter niet weg dat de methodiek van AO/IC beschrijven leidt tot het wegnemen van de onderkende knelpunten.

6. Conclusie en aanbevelingen

Op basis van de uitwerking van de deelvragen in de voorgaande hoofdstukken kan de centrale onderzoeksvraag beantwoord worden. Om de centrale onderzoeksvraag gefundeerd te beantwoorden, is het van belang de beantwoording van de deelvragen in aanmerking te nemen. In de eerste paragraaf worden de deelvragen beknopt beantwoord. In paragraaf twee wordt het antwoord op de centrale onderzoeksvraag gegeven. Tot slot wordt in de derde paragraaf naar aanleiding van het antwoord op de hoofdvraag een aantal aanbevelingen gedaan.

6.1 Deelvragen

1. Hoe ziet de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen eruit en welke veranderingen hebben zich daarin voorgedaan m.b.t. de omzetverantwoording?

Voor de financiering van de ziekenhuiszorg geldt sinds 2012 prestatiebekostiging. Dit houdt in dat de omzet van het ziekenhuis bepaald wordt door de geleverde zorgproducten en de met zorgverzekeraars gemaakte afspraken. Het is daarom voor de omzetverantwoording van groot belang dat de geleverde zorg correct geregistreerd en gedeclareerd wordt. Voorheen gold het systeem van functiegericht budgetteren. Dit houdt in dat de omzet bepaald wordt door het aan het ziekenhuis toegewezen budget. Wanneer voor een bepaald jaar het budget was vastgesteld, stond daarmee de omzet voor dat jaar zo goed als vast en werd de omzetverantwoording hierdoor bepaald.

2. Welke knelpunten zijn er te onderkennen in de verhouding tussen het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en de accountant m.b.t. het declareren van DBC-zorgproducten?

De invoering van het nieuwe bekostigingssysteem en de complexiteit ervan hebben geleid tot moeilijkheden rondom het declareren van zorgprestaties. Dit heeft geleid tot meer onderling wantrouwen tussen de zorgverzekeraars en de ziekenhuizen en een toegenomen controledruk vanuit de verschillende partijen. Ook heeft de systeemcomplexiteit geleid tot onzekerheden met betrekking tot de omzetverantwoording, waardoor de accountant minder gemakkelijk een goedkeurende verklaring kon geven.

3. Welke maatregelen moet het ziekenhuis treffen om de onderkende knelpunten weg te nemen?

Om de bij de voorgaande deelvraag genoemde knelpunten weg te nemen, is uit interviews een aantal maatregelen naar voren gekomen. De eerste maatregel is dat er duidelijke en werkbare regelgeving moet komen en dient gecontroleerd te worden op de naleving ervan. Ten tweede dient het ziekenhuis te zorgen voor een AO/IC. Hierbij dienen controles zo vroeg mogelijk in de keten ingebouwd te worden. Als het in het begin niet goed gaat, gaat het later ook niet goed. Dat kan hiermee voorkomen worden. Tot slot is certificering van de AO/IC een maatregel om meer transparantie en zekerheid naar de zorgverzekeraars toe te bieden. Tegelijk helpt deze maatregel bij de concretisering van een betere AO/IC.

4. Welke certificeringsmogelijkheden zijn er?

Voor de certificering van de AO/IC rondom het registratie- en declaratieproces komen vier soorten van certificaten in aanmerking: ISAE 3402, 3000 en 4400 en ISO. Het belangrijkste

verschil tussen ISAE en ISO is dat de eerste zich kan richten op de interne beheersingsmaatregelen en de tweede alleen aangeeft of aan de betreffende ISO-norm is voldaan. Het belangrijkste verschil tussen Standaard 3402 en Standaard 3000 is dat de eerste specifiek gericht is op uitbesteding en financiële verantwoording en de tweede breder is. Ook kan gekozen worden voor een Standaard 4400-rapportage. Deze heeft veel weg van een Standaard 3000-rapport. Het grote verschil hierbij is dat de laatstgenoemde wel zekerheid verschaft en een Standaard 4400-rapport niet. Uit het onderzoek is gebleken dat certificering op basis van de Standaard 3000, met als scope de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen, het meest geschikt is.

5. Aan welke kaders dient het controleprotocol voor de certificering, rekening houdend met de onderkende problematiek en de certificaatkeuze, te voldoen?

Het controleprotocol geeft aan waar bij de controleopdracht aan voldaan moet worden en aan welke normen moet worden getoetst. Het controleprotocol geeft echter geen nieuwe of aanvullende regels, maar is een verduidelijking en concretisering van bestaande regelgeving. Het geeft daarmee richting aan de controleopdracht. De NBA vermeldt in de *Schrijfwijzer accountantsprotocollen* wat er in zo'n protocol moet staan en aan welke kenmerken een uitvoerbaar protocol moet voldoen. Deze schrijfwijzer geeft aan dat een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden niet in het protocol hoeft. Voor het protocol ten behoeve van de certificering is dit in verband met reproduceerbaarheid en vergelijkbaarheid wel wenselijk. Wat mij betreft wordt ook aandacht gegeven aan soft controls, omdat het gedrag van behandelaars een belangrijke rol speelt bij de rechtmatigheid van de declaraties.

Als voorbeeld voor het protocol kunnen de het controleprotocol van Revalidatie Nederland (RN) en de *Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ* dienen. Het protocol van RN voldoet immers aan de criteria vanuit de NBA en de handreiking voor de rechtmatigheidscontroles bevat een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden. Bovendien richten beiden zich ook op registratie- en declaratieproces.

6. Leidt de huidige methode van AO/IC in kaart brengen tot het wegnemen van de onderkende knelpunten en welke stappen zijn daarvoor eventueel nog nodig?

Het antwoord op de vraag of de methode van AO/IC beschrijven leidt tot het wegnemen van de onderkende knelpunten, is in principe: ja. Wel is er nog een aantal stappen nodig. Zo dient door middel van een nulmeting nagegaan te worden of de controlemaatregelen ook daadwerkelijk op alle afdelingen binnen het ziekenhuis bestaan. Verder is gebleken dat de proceseigenaren en de verantwoordelijken voor de deelprocessen niet in de formats zijn beschreven, omdat deze nog niet officieel zijn aangesteld. Dit dient nog wel gedaan te worden, omdat dit een basisvereiste is voor een AO/IC-beschrijving. Dit neemt echter niet weg dat de methodiek van AO/IC beschrijven leidt tot het wegnemen van de onderkende knelpunten.

6.2 Centrale onderzoeksvraag

De centrale onderzoeksvraag van het uitgevoerde onderzoek luidt:

Op welke wijze dient het ziekenhuis de certificering van de AO/IC rondom het DBC-registratie- en declaratieproces te realiseren?

Uit het onderzoek is duidelijk geworden dat het ziekenhuis voor de certificering uit dient te gaan van een rapportage op basis van de Standaard 3000 met als scope de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen gedurende een bepaalde periode. Inmiddels is het ziekenhuis in overleg met de zorgverzekeraars en de huisaccountant tot dezelfde conclusie gekomen. Voor de certificering is door de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars een landelijk normenkader (zie bijlage C) opgesteld. De huisaccountant heeft inmiddels aangegeven dat dit normenkader voldoet. Aan de hand van de controledoelstellingen uit het normenkader is de AO/IC beschreven. Geconcludeerd is dat de gehanteerde beschrijvingsmethode leidt tot wegneming van de onderkende knelpunten en daarmee tot certificering. De huisaccountant heeft dit beaamd.

In de AO/IC-beschrijving ontbreken nog de proceseigenaren. Deze zijn bekend, maar moeten nog door de organisatie officieel vastgesteld worden. Verder zal door de leden van de projectgroep in samenwerking met de verschillende afdelingen een nulmeting uitgevoerd worden om na te gaan of de beschreven controlemaatregelen ook daadwerkelijk op alle afdelingen binnen het ziekenhuis bestaan. De projectgroep heeft dit voor de periode juli t/m september 2015 ingepland. Vervolgens zullen de ontbrekende beheersingsmaatregelen, wat uit de nulmeting naar voren is gekomen, door de projectgroep en de proceseigenaren geïmplementeerd worden. Ook zal de AO/IC-beschrijving op basis van de nulmeting door de proceseigenaren geactualiseerd worden. Dit zal in de tweede helft van 2015 plaatsvinden, is de verwachting van de projectgroep.

Vervolgens zal de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen door een externe accountant getoetst moeten worden. Voor deze toetsing dient het ziekenhuis in overleg met de accountant en de zorgverzekeraars een controleprotocol op te stellen. Deze beschrijft aan welke normen de accountant bij de uitvoering van de controle dient te voldoen en geeft een gedetailleerde beschrijving van de werkzaamheden die hij dient uit te voeren. Het protocol dient te voldoen aan de door de NBA gestelde eisen. Als voorbeeld voor dit protocol kunnen het protocol van de Revalidatiecentra Nederland en de *Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ* dienen. Wel zal de laatstgenoemde uitgebouwd moeten worden tot een volwaardig controleprotocol. Het opstellen van het protocol vindt gelijktijdig met de nulmeting plaats en is naar verwachting in september 2015 gereed. In de laatste maanden van 2015 worden de bevindingen uit de nulmeting opgevolgd. Vanaf januari 2016 is de AO/IC zoals gewenst.

De daadwerkelijke toetsing kan, gezien het bovenstaande, in augustus 2016 over het eerste halfjaar van dat jaar uitgevoerd worden. Dan zal de opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC omtrent het registratie- en declaratieproces gedurende het eerste halfjaar door de externe accountant gecontroleerd worden. Het ziekenhuis heeft aangegeven een kwartaal erg kort te vinden. Een periode van een jaar is te lang, omdat de organisatie tijd en

gelegenheid nodig heeft om geconstateerde afwijkingen weg te nemen. Dit kan dan in de laatste maanden van 2016 gedaan worden. Vandaar dat gekozen is te toetsen over een halfjaar. In het eerste halfjaar van 2017 kan dan opnieuw een certificering plaatsvinden. Het is namelijk de bedoeling van het ziekenhuis de certificering jaarlijks te laten uitvoeren. Hierbij dienen nog wel door de accountant de exacte kosten van de certificering bepaald te worden. Dit zal gedaan worden op basis van het aantal key controls, de materialiteit en de daarbij horende tests om de werking van beheersingsmaatregelen aan te tonen. Verder zijn de organisatieomvang en de scope van het assurancerapport hiervoor van belang. Op dit moment kunnen de kosten nog niet bepaald worden, omdat de bovenstaande zaken nog niet vastgesteld zijn. Wel is tijdens het onderzoek duidelijk geworden dat een 3000-verklaring goedkoper is dan een 3402-verklaring.

6.3 Aanbevelingen

Vanuit het antwoord op de centrale onderzoeksvraag wordt in deze paragraaf een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Op basis van het onderzoek is mijn advies om voor de certificering uit te gaan van de Standaard 3000 met als scope de opzet, het bestaan en de werking van de interne beheersingsmaatregelen ten behoeve van het registratie- en declaratieproces gedurende een bepaalde periode. Hierbij kan uitgegaan worden van een periode van een halfjaar. Het ziekenhuis heeft dan een halfjaar de gelegenheid om bevindingen van de externe accountant op te kunnen volgen, voordat er opnieuw een toetsing plaatsvindt. Het ziekenhuis heeft aangegeven een kwartaal, gezien de omvang en de complexiteit van het registratie- en declaratieproces voor zowel de toetsing als de opvolging van bevinding kort te vinden. Vandaar dat een periode van een halfjaar aan te bevelen is.

Om de kosten van de certificering te kunnen drukken, zou het ziekenhuis de toetsing zelf kunnen doen. De landelijke projectgroep van Verantwoord Declareren heeft zelf al aangegeven dit te willen. De certificerende partij hoeft dan alleen te onderzoeken of de toetsing correct is uitgevoerd. Dit bespaart werkzaamheden en daarmee kosten, terwijl de uiteindelijke certificering wel door een externe accountant uitgevoerd is. Een bijkomend voordeel is dat het interne inzicht en de interne kennis over de beheersingsmaatregelen verhoogd. Het ziekenhuis heeft hiervoor medewerkers in huis die deze toetsing kunnen uitvoeren.

Verder adviseer ik om voor het opstellen van het controleprotocol de protocollen van de Revalidatiecentra Nederland en de Handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ als voorbeeld te nemen. Belangrijke doelen van het controleprotocol zijn vergelijkbaarheid en reproduceerbaarheid. Daarom zullen de uit te voeren controlewerkzaamheden gedetailleerd beschreven moeten worden.

Voor het beschrijven van de AO/IC kan gebruik gemaakt worden van het normenkader en de formats, zoals deze ten behoeve van de certificering opgesteld. De huidige methodiek leidt tot het wegnemen van de knelpunten en leidt tot certificering. Daarom, en ook omdat het normenkader landelijk is, adviseer ik andere ziekenhuizen, die het certificeringstraject ingaan, gebruik te maken van de methode zoals deze bij het Erasmus MC gehanteerd is. Ik

raad daarbij wel aan om, in plaats van snelkookpanssessies te houden, met slechts enkele personen de controledoelstellingen uit te werken. Concreet zou ik dit als projectleider doen met de opsteller van de formats, een functionaris (bijvoorbeeld een baliemedewerker of medewerker patiëntenregistratie) en de proceseigenaar, omdat deze verantwoordelijk is voor een bepaald proces en daarmee voor de controlemaatregelen in dat proces. Ik adviseer daarom om vóór het beschrijven van de AO/IC proceseigenaren aan te stellen. De AO/IC-beschrijving zoals die nu tot stand gekomen is, is actueel. Als wijzigingen in de AO/IC niet doorgevoerd worden in de AO/IC-beschrijving ervan, veroudert deze. Ik adviseer het ziekenhuis daarom om naar aanleiding van de toetsing door de externe accountant de beschrijving te actualiseren. Dit wordt dan gedaan door de proceseigenaren, omdat zij verantwoordelijk zijn voor (de inrichting van) het betreffende proces. Hierbij kunnen ze de huidige AO/IC-beschrijving als uitgangspunt nemen en gebruik maken van de invulinstructie (bijlage D).

Tot slot heb ik een aanbeveling voor vervolgonderzoek. Het is de bedoeling om met dit rapport andere ziekenhuizen een leidraad te bieden. Het daartoe uitgevoerde onderzoek is toegespitst op het Erasmus MC. De situatie bij andere ziekenhuizen kan anders zijn. Daarom adviseer ik de andere ziekenhuizen om te onderzoeken in hoeverre de resultaten van dit onderzoek voor hun certificeringstraject bruikbaar is en na te gaan in hoeverre de in de formats uitgewerkte beheersingsmaatregelen universeel (kunnen) zijn.

Nawoord

Nu ik in de afrondende fase van mijn afstudeertraject ben gekomen, kijk ik terug op een leerzame en uitdagende periode. Ik heb veel geleerd als het gaat om de bekostiging van de ziekenhuiszorg, de relatie met de zorgverzekeraars en het traject om te komen tot certificering van de AO/IC. Aan het begin zag ik op tegen het onderzoeken, omdat het opzetten van een onderzoek niet mijn sterkste kant is. Het uitvoeren van het onderzoek heeft ook mooie kanten. Met name het bestuderen van de literatuur en het houden van interviews heb ik met genoeg gedaan. Ook de omgang met collega's heb ik doorgaans als prettig ervaren. Hieronder reflecteer ik op de te behalen competenties voor het afstuderen. Hierbij geef ik aan hoe ik deze competenties mijns inziens behaald heb. Het gaat om de competenties professioneel handelen, oordeelsvorming & adviesvaardigheden en communicatie. Deze competenties zijn ontleend aan het beoordelingsformulieren voor het afstuderen.

Professioneel handelen

Bij het doen van onderzoek is een proactieve houding essentieel. Het komt tenslotte op jezelf aan. Gedurende het onderzoekstraject heb ik met verschillende mensen gesprekken gevoerd. Hierbij heb ik zo mogelijk opgedane kennis met hen gedeeld. Verschillende mensen gaven aan het gehouden gesprek als prettig te hebben ervaren. Ook is het van belang om effectief te plannen. Hierbij speelden factoren een rol waarop ik niet altijd invloed kon uitoefenen. Het is daarom zaak tijdig te plannen en afspraken te maken en indien nodig dient de planning bijgesteld te worden. Tevens is het belangrijk om integer te handelen. Tijdens mijn onderzoek hebben verschillende mensen aangegeven dat ze anoniem wensten te blijven. Dit heb ik gerespecteerd door de interviews te anonimiseren.

Oordeelsvorming & adviesvaardigheden

De verkregen informatie heb ik geverifieerd door zo mogelijk meerdere bronnen met elkaar te vergelijken. Ook heb ik van de gehouden interviews verslagen gemaakt en deze ter verificatie voorgelegd aan de geïnterviewde personen. Zij hebben dan de mogelijkheid om het aan te geven als informatie anders is overgekomen dan bedoeld is. De uitwerking van de deelvragen heb ik steeds besproken met de opdrachtgever en indien nodig aangepast. Het antwoord op de hoofdvraag heb ik gefundeerd op de beantwoording van de deelvragen. Vanuit het antwoord op de hoofdvraag heb ik een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Communicatie

Ik heb getracht dit rapport leesbaar en aantrekkelijk te maken. Vanwege de omvang van het onderzoek heb ik voor het overzicht aan het eind van elk hoofdstuk een korte samenvatting en conclusie opgenomen. Verder heb ik voor de leesbaarheid gekozen voor een mijns inziens prettig lettertype en heb getracht de alinea's kort te houden. Waar mogelijk heb ik een afbeelding, figuur of tabel ingevoegd om het rapport visueel aantrekkelijk te maken. Het onderzoek zal ik tijdens de afstudeerzitting toelichten aan de hand van een PowerPointpresentatie. Hierbij zal ik me voor eventuele vragen zo goed mogelijk voorbereiden door dit rapport te bestuderen.

Literatuurlijst

Boeken

AdCare. (2012). *Cursus Prestatiebepaling, DOT en Facturering voor Ziekenhuizen*. Uitgave AdCare

Beek, A., Meuwissen, R.H.G. en Vaassen, E.H.J. (2011). *Hoofdlijnen bestuurlijke informatieverzorging*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen

Boxel, T. van, Korstjens, J., Leeftink, B. e.a. (2010). *De kern van de administratieve organisatie*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen

Hutink, H. en Oostbrugge, L. van. (2014). *Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg. Een praktisch overzicht*. Den Haag: Nictiz

Taekema, G. (2009). *Syllabus Interviewen voor AC'ers*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam

Taekema, G. (2009). *Syllabus Rapportage*. Rotterdam: Hogeschool Rotterdam

Verhoeven, N. (2010). *Onderzoeken doe je zo!* (2^e druk). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers

Verhoeven, N. (2014). *Wat is onderzoek?* (5^e druk). Amsterdam: Boom Lemma uitgevers

Brochures

Deloitte, Zorgverzekeraars Nederland en Revalidatie Nederland. (2013). *Het verkrijgen van zekerheid bij gefactureerde DBC's*. Deloitte The Netherlands

Instituut van Internal Auditors Nederland (IIA). (z.j.). *ISAE 3402 en de internal auditor. Praktijkhandleiding*. Naarden: IIA Nederland

Koninklijk Nederlands Instituut van Registeraccountants. (2007). *Handreiking Controleprotocollen. Een handreiking voor het opstellen van accountantsprotocollen en daaraan ten grondslag liggende wet- en regelgeving*. Uitgave NIVRA

KPMG. (2012). *Praktijkids 4. Service Organisatie Control-rapport, ISAE 3402*. KPMG Advisory N.V.

Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants. (2014). *Schrijfwijzer accountantsprotocollen. Een praktische gids*. Uitgave NBA

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (z.j.). *Correct registreren en declareren. Waar kunt u op letten?* Uitgave Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

Internetbronnen

<http://www.avr-kwaliteitszorg.nl/iso/Wat-is-ISO.html>, geraadpleegd op 2 april 2015

BDO. (2015). Soft controls. Geraadpleegd op 29 mei 2015, van <http://www.bdo.nl/nl/themas/softcontrols/paginas/default.aspx>

Broertjes, J.C. (1992). Functiegericht budgetteren en budgetgericht functioneren. Geraadpleegd op 10 maart 2015, van <https://www.ntvg.nl/artikelen/functiegericht-budgetteren-en-budgetgericht-functioneren/volledig>

<http://www.dbcspelregels.nl/ggz/typeren/typeren-dbc-wat/>, geraadpleegd op 12 maart 2015

Erasmus Medisch Centrum. (2014). Jaarverslag 2013. Geraadpleegd op 10 april 2015, van http://www.jaarverslagerasmusmc.nl/FbContent.ashx/Downloads/Jaarrekening_2013.pdf

Erasmus Medisch Centrum. (z.j.). Over Erasmus MC. Geraadpleegd op 14 januari 2015, van <http://www.erasmusmc.nl/overerasmusmc/#>

<http://www.hutaudit.nl/website/hutaudit.nsf/cms/Nederlands-Organisatie-Wie%20zijn%20wij#topcontent>, geraadpleegd op 13 februari 2015

Inview adviesbureau. (z.j.). DOT en Prestatiebekostiging in Vogelvlucht. Geraadpleegd op 17 maart, van <http://www.inview.nl/expertise/publicaties/d/dot-en-prestatiebekostiging-in-vogelvlucht>

Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants. (2015). Handleiding Regelgeving Accountancy 2015. Geraadpleegd op 1 april 2015, van <https://www.nba.nl/HRAweb/HRA1/201503/4453.html>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2015). Bekostiging ziekenhuiszorg. Geraadpleegd op 24 februari 2015, van <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/onderwerpen/bekostiging-ziekenhuiszorg>

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (2015). Zelfonderzoek ziekenhuizen schept duidelijkheid over declaraties. Geraadpleegd op 17 juni, van <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/page/12769/1789-zelfonderzoek-ziekenhuizen-schept-duidelijkheid-over-declaraties>

Nederlandse Zorgautoriteit. (2015). Het RSAD-model in de vernieuwde DBC-systematiek. Geraadpleegd op 2 juni 2015, van <http://werkenmetdbcs.nza.nl/over-de-dbc-systematiek/3441-factsheet-rsad-model/file/menu-ID-2255>

NEMACC. (2014). De gevolgen van cloud computing voor de werkzaamheden van de mkb-accountant, een uitgebreid onderzoek. Geraadpleegd op 20 februari 2015, van <https://www.nba.nl/Documents/Mkb/NEMACC-Gevolgen-cloud-computing-voor-mkb-accountant-jan-2014.pdf>

Trouw. (2014). NZa verdenkt ziekenhuis van declaratiefraude. Geraadpleegd op 13 februari 2015, van <http://www.trouw.nl/tr/nl/4324/Nieuws/article/detail/3678074/2014/06/24/Nza-verdenkt-ziekenhuis-van-declaratiefraude.dhtml>

Verweij, S. (2009). SAS 70 maakt plaats voor ISAE 3402. PriceWaterhouseCoopers. Geraadpleegd op 17 februari 2015, van <https://www.pwc.nl/nl/assets/documents/spotlight-jaargang-3-2009-isa-3402.pdf>

Kranten- en tijdschriftartikelen

Breed, M.W. de, Os, J.M. van, Sinnema, E. e.a. (2004). Invoering DBC's: mijn zorg? *MCA Tijdschrift voor Organisaties in Control*, 6, p. 36-40.

Bruijn, H. de, Groenleer, M. en Kerpershoek, E. (2015, 21 maart). Fout declareren voor goede zorg. *Trouw, Letter&Geest*, p. 4-7.

Niet-gepubliceerde bronnen

Dutilh, T. en Witsenboer, E. (2014). *Memo aan Raad van Bestuur*. Rotterdam: Erasmus MC

Gulik, M. van. (2014). *Bestrijding van Zorgfraude gepleegd door Zorgaanbieders: Inzichten vanuit de Criminologie voor een preventieve Aanpak*. Masterscriptie Criminologie. Leiden: Universiteit Leiden

Haagen, M. (2015). *Verantwoord Declareren* (Projectplan versie 0.2). Rotterdam: Erasmus MC

Luur, M. van de & Walhout, M. (2015). *Notitie aan Zorgverzekeraars Nederland*. Coziek Werkgroep Cure

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Nederlandse Federatie van UMC's en Zorgverzekeraars Nederland. (2014). *Projectplan Verantwoord Declareren*. Concept 0.2

Normenkader t.b.v. certificering AOIC. (2015). Rotterdam: Erasmus MC

Schipper, H.J.A. (2011). *Zorgadministratie op zeker!* (scriptie). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam

Overig

College Tarieven Gezondheidszorg. (2003). *Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake DBC registratie en facturering*. Uitgave CTG

Haak, C. van den, Lee, F. van der en Mennes, J. (2015). *Partnership: geen doel maar tool. Instellingen en verzekeraars op weg naar doelmatiger zorgcontractering*. Uitgave BDO

Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants. (2014). *Audit Alert 31. Controleverklaringen bij de financiële overzichten 2013 van instellingen voor medisch specialistische zorg*. Uitgave NBA

Nederlandse Federatie van UMC's, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland. (2014). *Convenant Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering*

Nederlandse Federatie van UMC's, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland. (2015). *Definitief concept handreiking rechtmatigheidscontroles MSZ 2014. Versie 1.0*. Uitgave NFU, NVZ en ZN

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. (z.j.). *Protocol gefactureerde DBC zorgproducten en overige zorgproducten en DBC's*

Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Administratieve Organisatie en Interne Controle inzake registratie en facturering DBC zorgproducten en overige zorgproducten en DBC's*. Uitgave Nederlandse Zorgautoriteit

Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Regeling NR/CA-300-022. Administratieve Organisatie en Interne Controle AWBZ-zorgaanbieders 2014*. Uitgave Nederlandse Zorgautoriteit

Nederlandse Zorgautoriteit. (2014). *Voorlopige vaststelling transitiebedragen medisch specialistische zorg*. Uitgave Nederlandse Zorgautoriteit

Revalidatie Nederland. (2015). *Accountantsprotocol declaratieproces revalidatiecentra Fase 1 : bestaan*. Uitgave Revalidatie Nederland

Bijlagen

Bijlage A – Interviews

Hieronder zijn de verslagen van de gehouden interviews opgenomen. De interviews zijn gehouden met respectievelijk de manager Prestatiebesteding van het ziekenhuis, een vertegenwoordiger van Zorgverzekeraars Nederland, en de huisaccountant van het ziekenhuis. Deze verslagen zijn aan de genoemde personen voorgelegd en zij hebben bevestigd dat in de hieronder opgenomen verslagen hun uitspraken juist weergegeven zijn.

Verslag interview met manager Prestatiebesteding

De functie van manager prestatiebesteding houdt het volgende in. Het ziekenhuis heeft te maken met externe geldstromen (kosten en opbrengsten). Voorheen (FB-budget) werden deze op een hoop geschoven. Door de invoering van de prestatiebesteding dienen deze terecht te komen bij de afdeling waarop ze betrekking hebben. Een DBC-zorgproduct kan uit prestaties van meerdere afdelingen bestaan. De opbrengst van zo'n DBC dient dan over de betreffende afdelingen verdeeld te worden. Hiervoor draagt de manager prestatiebesteding dus zorg.

De omzet van het Erasmus MC bestaat uit drie componenten:

- Omzet DBC-zorgproducten (patiëntenzorg) – deze wordt bepaald door de met zorgverzekeraars afgesproken hoeveelheden (q) en tarieven (p). Deze zorgproducten worden door de zorgverzekeraar vergoed of door de patiënt zelf betaald.
- Academische component – in een UMC wordt, in tegenstelling tot algemene ziekenhuizen, ook medisch onderzoek verricht, o.a. bij mensen die uitbehandeld zijn en hieraan mee willen werken. Een UMC geldt daarom ook wel als een 'last resort' voor mensen die elders niet meer geholpen kunnen worden. Een UMC heeft meer expertise dan een algemeen ziekenhuis. De zorgverzekeraar vergoed geen medisch onderzoek. Dit wordt door de overheid betaald.
- Opleidingscomponent – in het Erasmus MC worden mensen opgeleid tot medisch specialist. Hieruit genereert het ziekenhuis ook omzet. Deze opleidingen worden vergoed vanuit het Fonds Ziekenhuis Opleidingen (FZO).

Met ingang van 2012 is het systeem van functiegerichte budgettering vervangen door prestatiebesteding. Wat zijn volgens u de belangrijkste consequenties daarvan voor ziekenhuizen, in het bijzonder voor hun omzetverantwoording?

Bij de functiegerichte budgettering stond de omzet ($q \times p$) van het ziekenhuis min of meer vast. Door de prestatiebesteding is de omzet gekoppeld aan de door het ziekenhuis geleverde prestaties. De omzet is afhankelijk van de afspraken met zorgverzekeraars met betrekking tot hoeveelheid (q) en de realisatie daarvan en de tarieven (p). Dit betekent dat de omzet niet meer vaststaat, maar meebeweegt met de ontwikkelingen in q en p. Door deze veranderingen zijn ziekenhuizen concurrenten van elkaar geworden en worden ziekenhuizen meer als commercieel bedrijf gezien. Zo'n bedrijf moet winst maken en kan

ook failliet gaan. Dit leidt ertoe dat de druk van de buitenwacht op het ziekenhuis toeneemt. Zo hebben zorgverzekeraars meer invloed op het beleid van het ziekenhuis. Ook banken stellen meer eisen aan ziekenhuizen, met name aan de solvabiliteit en de cashflows.

Welke voor- en/of nadelen heeft de nieuwe bekostigingssystematiek ten opzichte van de oude?

Laten we vooropstellen dat prestatiebekostiging een groot goed is. Ziekenhuizen worden hierdoor gedwongen om na te denken over hun portfolio, hun productie, interne ontwikkelingen en zaken als differentiatie, doelmatigheid en toegevoegde waarde. Zeker vanuit de premiebetaler gezien is dit winst.

Het nadeel is dat zorgverzekeraars hun beloftes niet nakomen. Zij hebben beloofd zich proactief op te stellen, sturing te geven aan het portfolio en gericht te zijn op de kwaliteit van de zorg. Ze kijken vooral op hun kosten en richten zich te weinig op de kwaliteit van de zorg en de inhoud van het portfolio. Dat laatste is wenselijk, omdat je bijvoorbeeld niet wilt hebben dat elk ziekenhuis in Rotterdam dezelfde zorg verleent. Wanneer zorgverzekeraars zich daar niet mee bezighouden, kan die gewenste differentiatie in zorgproducten niet van de grond komen. Dit leidt tot een patstelling.

Wat heeft de wijziging van het bekostigingssysteem betekend voor de relatie ziekenhuis-zorgverzekeraar met betrekking tot het declareren van verleende zorg /omzetverantwoording?

De zorgverzekeraars hebben door de invoering van de prestatiebekostiging er een groter belang bij dat de verleende zorg correct gedeclareerd wordt. De omzet van het ziekenhuis, oftewel de schadelast van de zorgverzekeraars, hangt daar namelijk vanaf. Dit betekent dat de Nederlandse Zorgautoriteit en de zorgverzekeraars zich meer met het registratie- en declaratieproces zijn gaan bemoeien. Dit uit zich in het feit dat deze instanties regels en normen aan dit proces stellen. Deze regels zijn erg detaillistisch en schieten daarmee hun doel voorbij. Deze regelgeving is zeer complex en volstrekt ontoepasbaar. Verder wil de zorgverzekeraar graag inzage in de dossiers bij het ziekenhuis.

Door de invoering van de prestatiebekostiging is de invloed van de zorgverzekeraars toegenomen en hechten zij grotere waarde aan een goed registratie- en declaratieproces. Zij willen hier zekerheid over. Hierdoor hebben de zorgverzekeraars meer behoefte aan regels voor het registreren en declareren van zorg en controle op de handhaving daarvan.

En wat betekent het volgens u voor de relatie ziekenhuis-accountant?

De accountant dient onder andere de AO/IC te beoordelen. Hierbij heeft hij te maken met de complexe en detaillistische regelgeving vanuit de NZa. Dit betekent dat het voor hem moeilijk is om een oordeel te vormen over de AO/IC rondom het declareren van zorg.

Wat zijn volgens u de belangrijkste knelpunten in de relatie met zorgverzekeraars met betrekking tot het declareren van zorg/omzetverantwoording?

Dit is al grotendeels aan bod gekomen. Maar het belangrijkste is wel de overdreven en te detaillistische regelgeving vanuit de NZa en de zorgverzekeraars. Dit schiet zijn doel voorbij. Daarbij komt dat de kans op fouten in de registratie heel groot is. Om een voorbeeld te geven: iemand krijgt een nieuwe heup. De verrichting wordt ingevoerd, maar

men vergeet de code voor een nieuwe heup in te voeren. Als de registratie naar de Grouper wordt gestuurd, herkent de Grouper deze niet als een nieuwe heup, maar als een andere behandeling. Er komt dan een ander DBC-zorgproduct uit met ook een ander prijskaartje.

Wat dienen de verschillende partijen (ziekenhuis, zorgverzekeraar en accountant) volgens u te doen om die knelpunten weg te nemen?

De belangrijkste door het ziekenhuis te nemen maatregelen zijn:

- Zorgen voor een goede interne organisatie
- De landelijke regelgeving vertalen naar intern beleid en werkinstructies en kennisoverdracht
- AO/IC goed inrichten – borging (controls) in het systeem aanbrengen

Voordat u bij het Erasmus MC ging werken, heeft u bij een ander ziekenhuis gewerkt. Zijn er verschillen tussen deze ziekenhuizen als het gaat om het declareren van zorgprestaties en de relatie met de zorgverzekeraars? Zo ja, welke verschillen zijn er?

Een belangrijk verschil tussen het Erasmus MC en mijn vorige werkgever is dat de eerste een academisch en het tweede een algemeen ziekenhuis is. Een verschil daartussen is dat medisch specialisten van een algemeen ziekenhuis een vergoeding per verrichting krijgen en bij een academisch ziekenhuis niet. Zij hebben er dus ook persoonlijk belang bij dat de verrichtingen goed geregistreerd worden. Bij een academisch ziekenhuis, zoals het Erasmus MC, zijn de specialisten in loondienst. Zij krijgen geen vergoeding per verrichting. Dus hebben zij geen persoonlijk belang bij een correcte registratie van de verleende zorgprestaties. Momenteel wordt men zich ook bij academische ziekenhuizen ervan bewust dat het belangrijk is dat er correct gedeclareerd wordt. Voor een academisch ziekenhuis is daarom prestatiebekostiging beter.

Verslag interview met vertegenwoordiger Zorgverzekeraars Nederland

U werkt bij Zorgverzekeraars Nederland. Wat is uw functie binnen deze organisatie?

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) is de koepelorganisatie van de zorgverzekeraars, zoals de algemene ziekenhuizen de NVZ en de UMC's de NFU als koepelorganisatie hebben. Als de zorgverzekeraars problemen hebben met de UMC's, de ziekenhuizen en/of het ministerie van VWS, probeert ZN te bemiddelen. Binnen ZN zijn er twee takken: een tak die zich bezighoudt met de inhoud van de zorgverlening en een tak die zich bezighoudt met de financiële zaken. Deze tak regelt ook de controles richting de zorgaanbieder. In deze laatste tak ben ik werkzaam. Dit houdt in dat ik contacten onderhoud met onder andere ziekenhuizen en financiële instellingen. Ik houd me vooral bezig met onderhandelen tussen de verschillende partijen.

In 2012 is bij de ziekenhuizen de functiegerichte budgettering vervangen door de prestatiebekostiging. Welke gevolgen heeft dat (gehad) voor de zorgverzekeraars en voor de relatie zorgaanbieder-zorgverzekeraar?

De nieuwe bekostigingssystematiek heeft geleid tot een andere manier van contracteren. Voorheen werd per zorgaanbieder een budget vastgesteld. Daarmee moesten de zorgaanbieders het doen. Nu wordt per zorgaanbieder en per behandeling afspraken

gemaakt over de prijs en de hoeveelheid. Door de marktwerking kan de omzet, en daarmee de schadelast voor de zorgverzekeraars, veel sterker fluctueren. Daarom is er bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders meer behoefte aan risicobeheersing en kostenreductie. Om die reden worden nu met zorgaanbieders plafondafspraken gemaakt. Dit houdt in dat er een maximum aan het aantal behandelingen wordt gesteld. Je zou kunnen zeggen dat wat voorheen in het systeem zat, nu 'individueel' gedaan wordt.

Welke voor- en nadelen heeft de nieuwe bekostigingssystematiek volgens u t.o.v. de oude?
Het is vooral anders. De ontwikkelingen in de markt vroegen om marktwerking in de zorg. Daar is het systeem van prestatiebekostiging een logisch gevolg van. Belangrijk is dat zorgaanbieders de zorg rechtmatig declareren. In Engeland, waar de zorg geen marktwerking kent, declareren ze niet. Alles wordt door de overheid betaald. Het hangt niet af van declaraties, in Nederland dus wel.

U zegt dat rechtmatig declareren in Nederland belangrijk is. Wat vindt u van de declaraties en van het declaratieproces bij de zorgaanbieders?

De kwaliteit van de AO/IC en daarmee de betrouwbaarheid van de declaraties is absoluut verbeterd. Dit heeft te maken met de invoering van de Diagnose-BehandelCombinaties (DBC's). Met de invoering daarvan wordt niet meer per behandeling, maar per DBC, gedeclareerd. Een DBC is een groep behandelingen, behorend bij een zorgvraag. Om een juiste DBC te genereren, moeten de verrichtingen wel correct vastgelegd zijn. De invoering van de DBC's betekent dat correct declareren belangrijker geworden is. DBC's vragen om een goede AO/IC en dat was nog niet helemaal het geval. De ziekenhuizen hebben dit goed opgepakt en hebben veranderingen doorgevoerd in de AO/IC. Er is dus veel verbeterd. Als er trouwens iets niet goed gaat met de declaraties, is dat vaak geen onwil van de zorgaanbieder. Men doet enorm zijn best, maar het systeem is complex.

Het gaat niet altijd goed met het declareren van zorgproducten. In de media wordt nogal eens gesproken over onrechtmatige declaraties en fraude in de zorg. Wat moet er volgens u door de verschillende partijen gedaan worden om deze knelpunten weg te nemen?

Dat zijn drie dingen. In de eerste plaats moet er betere wet- en regelgeving komen. Nu zijn er veel te veel regels, die ook nog eens heel detaillistisch en multi-interpretabel zijn. De regelgeving moet helder en werkbaar zijn. Hier zie ik vooral een taak voor de NZa. In de tweede plaats moet het aantal regels verminderd worden. Geef het werkveld de ruimte. Tot slot moeten de regels die er zijn, wel opgevolgd worden. Er moet dus controle op de naleving van de regelgeving zijn.

Wat moet er volgens u door de verschillende partijen (ziekenhuis, zorgverzekeraar en de accountant) gedaan worden om de controles in de gehele keten zo efficiënt mogelijk te maken?

Zoals ik al aangaf, moeten er duidelijke regels zijn. Verder moeten controles zo vroeg mogelijk in de keten zitten. Soms kan na jaren discussie ontstaan over de rechtmatigheid van een declaratie. Dat is voor alle partijen uitermate vervelend. Om dat te voorkomen, moeten al zo vroeg mogelijk, bij de registratie, controles in het proces ingebouwd zitten. Verder moet je de declaraties laten uitvoeren door mensen die er verstand van hebben, d.w.z. die weten waar een declaratie aan moet voldoen. Dit moet het ziekenhuis zelf doen.

Wat de externe accountant van het ziekenhuis moet doen, is middels een certificaat kenbaar maken dat de AO/IC rondom het declareren goed is. Dit certificaat kan overigens ook voor andere doeleinden gebruikt worden, bijvoorbeeld richting banken. Overigens wil ik opmerken dat een certificaat meer zegt dan 'het is goed/niet goed'. Het geeft ook aan wat verbeterd moet worden.

We hebben het gehad over wat de accountant en de zorgaanbieder moeten doen om de controles in de keten efficiënter te maken. Welke bijdrage dienen de zorgverzekeraars hierin te leveren?

Voor de certificering dient een aantal normen opgesteld te worden. De zorgaanbieders en de zorgverzekeraars dienen hier afspraken over te maken. Vervolgens moet door de accountant voor de certificering op deze normen getoetst worden. Daarna moeten de zorgverzekeraars gaan kijken hoe er door de zorgaanbieders per norm gescoord is. Er kan een matrix opgesteld worden waarin de normen en de zorgaanbieders staan. Per norm per instelling wordt dan aan de hand van een kleur aangegeven worden hoe er gescoord is, bijvoorbeeld groen als aan de norm voldaan is en rood wanneer dat niet het geval is. In een oogopslag kan gezien worden hoe er gescoord is. Het is dan gelijk te zien wat 'zwakke' zorgaanbieders zijn. Ook zou het kunnen zijn dat aan een bepaalde norm door (bijna) geen enkele instelling voldaan wordt. Het is dan belangrijk om na te gaan waar dit door komt. Indien noodzakelijk zou de norm aangepast kunnen worden.

Heeft u nog iets op te merken?

Wat ik zojuist gezegd heb, is dynamisch. Er is sprake van een continue beweging. Momenteel is er nog wantrouwen tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen, met name over de rechtmatigheid van de declaraties. Verder is de controle-intensiteit te groot. De komende tijd moet hieraan gewerkt worden. Door veel te praten en uit te leggen wat je doet, vergroot je het onderlinge begrip. We moeten er met elkaar uit zien te komen. Daar is tijd voor nodig. We gaan echter wel snel op weg naar vertrouwen.

Verslag interview met de huisaccountant

In 2012 is de bekostigingssystematiek van de ziekenhuizen gewijzigd. Wat zijn de gevolgen daarvan voor de omzetverantwoording (in de jaarrekening)?

Functiegericht budgettering hield in dat aan de hand van een aantal parameters voor het ziekenhuis een budget werd vastgesteld. Hiermee stond de omzet van het ziekenhuis en de schadelast van de zorgverzekeraars nagenoeg vast. Het grootste deel stond vast en slechts een klein deel kon fluctueren. Sinds de invoering van de prestatiebekostiging hangt de omzet af van de geleverde prestaties en kan dus meer fluctueren. Daarbij komt dat niet per behandeling gedeclareerd wordt bij de zorgverzekeraar, maar per DBC.

Een kenmerk van de DBC is dat deze meerdere behandelingen omvat en maximaal een jaar door kan lopen. Per balansdatum is dus niet bekend wat de opbrengst van de lopende DBC's voor het afgelopen boekjaar is. Daardoor is het bijvoorbeeld voor het ziekenhuis lastig de onderhandenwerkpositie te bepalen en voor de zorgverzekeraars is het lastiger in te schatten hoe groot de op te nemen voorziening voor hun schadelast moet zijn.

Zorgverzekeraars werken namelijk met het zogenaamde schadelaststelsel. Kort samengevat kun je dus stellen dat de prestatiebekostiging risicovoller is.

Tot slot moet nog wel worden opgemerkt dat de prestatiebekostiging op zich wel meer risico's en fluctuaties in de omzet zitten, maar deze beperkt worden door de zogenoemde plafondafspraken. Hierbij wordt een maximum aan het aantal behandelingen gesteld. Door de afspraken tussen ziekenhuis en zorgverzekeraar worden dingen ook vastgesteld, waardoor de omzet ook weer voor een deel vaststaat.

Wat dient er volgens u door de verschillende partijen (het ziekenhuis, de zorgverzekeraar en/of de accountant) gedaan te worden om te controles in de gehele keten zo efficiënt mogelijk te maken?

Momenteel wordt er veel gewerkt met steekproeven. Dit zou verminderd kunnen worden door diverse controleapplicaties in de systemen in te bouwen. Zo kan er routinematig automatische controles uitgevoerd worden. Dit is echter meer iets voor de langere termijn. Op korte termijn zou bijvoorbeeld maandelijks lijsten met uitzonderingen uitgedraaid kunnen worden. Vervolgens kan dan onderzocht worden waar deze afwijkingen door ontstaan zijn en kan er gezocht worden naar een oplossing.

Zal de rol van IT hierin groter worden?

De plaats van IT in het registratie- en declaratieproces is groot. Die rol zal alleen maar groter worden. Ook als het gaat om routinematige controles dient IT volop ingezet te worden. Het voorkomt veel fouten, die bij handmatige controles gemakkelijk kunnen gebeuren.

Hoe beoordeelt u de relatie ziekenhuis-zorgverzekeraar?

De relatie tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar wordt gekenmerkt door een grote machtspositie van de zorgverzekeraars. Tussen deze partijen worden grote contracten afgesproken, die een grote impact hebben op onder andere het ziekenhuis. Het zou goed zijn als de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars op een gelijkwaardiger niveau afspraken zouden maken.

Heeft u nog een slotopmerking?

Om met name de zorgverzekeraars meer zekerheid te geven over de rechtmatigheid van de declaraties en de opbrengstverantwoording van de ziekenhuizen, is een goede AO/IC van belang. Momenteel is het ziekenhuis bezig met een traject tot certificering hiervan om dit doel te bereiken. Om de certificering te realiseren, moet een onafhankelijke derde de opzet, het bestaan en de werking van de AO/IC toetsen. Van groot belang hiervoor is het opstellen en hebben van een duidelijk normenkader, waaraan getoetst kan worden.

Bijlage B – Essay: Fraude omdat het moet

Fout declareren voor goede zorg

HANS DE BRUIJN, MARTIJN GROENLEER EN EMIEL KERPERSHOEK – 21 maart 2015

Artsen sjoemelen geregeld met behandelmethoden en diagnoses. Het lijkt fraude, maar dat is het vaak niet.

We willen allemaal goede zorg. En dus willen we dat artsen niet voortdurend worden ingesnoerd door managers, protocollen en bureaucratische rompslomp. Een arts die daarover klaagt, kan automatisch op onze sympathie rekenen. We willen ook allemaal betaalbare zorg. En dus willen we dat er geen geld wordt verspild aan onnodige behandelingen, of dat hoge bedragen in rekening worden gebracht voor niet-verrichte ingrepen - dat gaat immers ten koste van het budget voor de zorg of leidt tot een nodeloos hoge verzekeringspremie.

Vandaar dat we enig inzicht willen hebben in de kosten van de zorg. Stel dat het ene ziekenhuis twee keer zoveel kosten maakt voor een ingreep als het andere ziekenhuis, terwijl de kwaliteit niet duidelijk verschilt. Of duurdere ingrepen verricht, terwijl daarvoor geen aanwijsbare oorzaak is. Dat eerste ziekenhuis kan wellicht van de collega's leren hoe zo'n ingreep goedkoper kan worden gemaakt, of het aantal dure ingrepen kan worden gereduceerd. Dezelfde kwaliteit tegen lagere kosten - daar kan niemand tegen zijn.

Maar hoe krijg je inzicht in de kosten van de zorg? Daartoe moet je eerst weten wat een arts eigenlijk doet wanneer je je als patiënt meldt met een klacht. In essentie zijn dat twee handelingen. Allereerst doe je als arts onderzoek dat in een diagnose resulteert. Vervolgens kies je de geschiktste behandeling. De diagnose is bijvoorbeeld een blindedarmonsteking, de bijpassende behandeling is een chirurgische ingreep.

In de taal van de marktwerking, die lang populair was, kun je zo'n Diagnose-Behandel Combinatie (DBC) het 'product' noemen dat de arts levert, de 'output' of de 'prestatie' van een arts. De bekostiging van de ziekenhuiszorg in Nederland is voor een groot deel gebaseerd op deze DBC's. Als je een overzicht hebt van alle geleverde DBC's, kun je als ziekenhuis melden hoeveel 'productie' je hebt geleverd. Voor die productie krijg je vervolgens een vergoeding. Die vergoeding is trouwens altijd een gemiddelde prijs voor zo'n behandeling. Je kunt je bij veel behandelingen voorstellen dat die bij de ene patiënt eenvoudig en bij de andere veel complexer is. De ene bevalling is de andere niet - maar je krijgt per bevalling een gemiddelde prijs vergoed. Dit soort managementsystemen die 'prestaties' meten, zijn in de afgelopen decennia overal in de (semi-)publieke sector ontstaan - niet alleen in de zorg en niet alleen in Nederland.

Hoe werkt zo'n systeem in de praktijk? Ongetwijfeld in veel gevallen gewoon zoals bedoeld. Maar, zo weten we uit ons onderzoek in Delft onder medici, vaak ook niet. Artsen registreren geregeld iets anders dan wat ze feitelijk doen.

Enkele voorbeelden.

Er bestaat zoiets als een verdenkingsdiagnose. Een patiënt meldt zich bij een arts met klachten. De arts vermoedt een hersenvliesontsteking en toetst dat vermoeden met een ruggeprik. De uitkomst van dat onderzoek kan zijn dat er geen sprake is van

hersenvliesontsteking - de patiënt heeft gewoon griep. Dat is goed nieuws voor de patiënt, maar de arts zit met een probleem. Het onderzoek sluit hersenvliesontsteking uit, maar daar was wel een ruggeprik voor nodig. De kosten ervan zitten in het tarief van een DBC voor hersenvliesontsteking, maar niet in een DBC voor griep. Dus registreert de arts maar een hersenvliesontsteking, terwijl de patiënt alleen griep heeft.

Het systeem kent combinaties van diagnoses en behandelingen. Vaak kunnen bij een en dezelfde diagnose verschillende typen behandelingen worden gegeven (en andersom). Die behandelingen kunnen niet altijd aan elke diagnose worden gekoppeld, bijvoorbeeld als daar dure geneesmiddelen voor nodig zijn.

Soms weet een reumatoloog dat patiënten baat kunnen hebben bij een behandeling met kostbare biologische medicatie, maar ondersteunt het systeem dat niet. Het gebruik van de medicatie wordt alleen vergoed in combinatie met de diagnose reumatoïde artritis - en bijvoorbeeld niet met de diagnose polyartritis die de arts bij deze patiënten stelt. Dus registreert de arts een andere diagnose, waardoor hij de gewenste medicijnen toch kan voorschrijven. Net als in het vorige voorbeeld is dat niet de feitelijke diagnose.

Cosmetische behandelingen worden in principe niet vergoed. Het verwijderen van een talgkliercyste, ontstaan als gevolg van acne, komt niet in aanmerking voor vergoeding uit de basisverzekering bij de diagnose 'acne', maar wel als een 'goedaardige tumor' als diagnose wordt geregistreerd. Dus wat doen dermatologen of plastisch chirurgen soms? Ze registreren cosmetische ingrepen als medisch geïndiceerde zorg. Als de specialist zegt dat verwijderd weefsel moet worden gecontroleerd op de aanwezigheid van kwaadaardige cellen, kunnen ook cosmetische behandelingen voor vergoeding in aanmerking komen. De grens tussen cosmetische en medisch noodzakelijke zorg is niet altijd duidelijk en artsen en zorgverzekeraars verschillen hierover ook vaak van mening.

Eigenlijk zijn deze constatering niet bijzonder. Van alle prestatie-meetsystemen weten we dat ze tot dit soort 'perverse' gedragingen leiden. Minstens zo interessant is het om te bezien welke oordelen daarover worden geveld.

Het eerste oordeel is dat artsen de boel beduvelen. Ze registreren iets anders dan ze daadwerkelijk doen ('upcoding') en daar verdienen zij, hun afdelingen of ziekenhuizen extra geld mee. 'Fraude', lees je dan al snel in de media. Of misschien zelfs 'georganiseerde fraude' als dit gedrag in verband wordt gebracht met afstemming binnen verenigingen van medisch specialisten of zou zijn aangeleerd in de opleiding tot specialist.

Het is een erg gemakkelijk oordeel. Natuurlijk heeft het gedrag van artsen iets met geld te maken. Maar er is echt wel meer dan dat. Kruip even in de huid van een arts. Je hebt je onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van hersenvliesontsteking en daarvoor kosten gemaakt - en het blijkt griep te zijn. Dan kun je het toch ook als onrechtvaardig zien dat je de DBC voor griep moet registreren? Je wilt het beste voor de patiënt, je hebt je diagnose gesteld en wilt hem een medicijn voorschrijven. Wat blijkt dan? Het systeem kent die combinatie van diagnose en behandeling niet. Tja, kies je dan voor de patiënt of voor het systeem? Voor de patiënt - en je registreert een andere DBC.

De grens tussen cosmetisch en medisch is niet zo scherp en je hebt een patiënt voor je met een kleine beurs. De patiënt lijdt echt onder de cyste in het gezicht als gevolg van acne. Als je het een cosmetische ingreep noemt, weet je dat de patiënt van behandeling afziet omdat die ingreep te duur is.

Dat maakt het systeem toch ook een beetje oneerlijk. Weer is de vraag: kies ik als arts voor de patiënt of het systeem?

In alle voorbeelden die we noemen, is dus ook iets anders aan de hand: het systeem past niet op de professionele werkelijkheid. Nogmaals: bedenk even wat zo'n systeem met een professional doet - je verricht zorg, en vervolgens moet je een systeem in duiken dat een heel andere rationaliteit kent. Die van een manager. De meeste artsen denken vanuit het perspectief van de patiënt, niet vanuit het product, of het systeem. Dit is een voedingsbodem voor een cultuur waarin registreren volgens de regels geen prioriteit heeft en de grens tussen 'anders' registreren en fraude niet zo eenvoudig meer te trekken is.

Het tweede oordeel is dat het declaratiegedrag van artsen het gevolg is van een misplaatst geloof in marktwerking. We horen het politici en columnisten zeggen. Er waart in Nederland een waanidee rond dat professionele organisaties gemanaged kunnen worden als bedrijven. Dat waanidee hebben we te danken aan het neoliberale geloof van dwaallichten als Reagan en Thatcher. Vanuit dit geloof ontstaan systemen waarin zorg verwordt tot een 'product'. Maar de zorg is geen markt en wie dat toch denkt, roept dit soort ellende over zichzelf af.

Je hoort dit verhaal heel vaak en het is altijd een comfortabele manier van framing. Je ziet iets wat in de praktijk niet werkt, je benoemt het als onderdeel van een verwerpelijke ideologie en je kunt verder stoppen met nadenken. Afschaffen die idiote systemen. Systemen mogen niet heersen over professionals.

De kritiek komt altijd uiterst geleerd over: dit gaat niet om een of ander declaratiesysteem, dit gaat om een meer fundamentele vraag, om een onderliggende, verwerpelijke ideologie. Maar het is toch ook weer erg gemakzuchtige kritiek.

Hoe we het ook wenden of keren, we zullen een manier moeten bedenken om inzicht te krijgen in de kosten van de zorg. Net als andere prestatie-meetsystemen heeft het DBC-systeem ook goede dingen voortgebracht, zoals inzicht in soms verbazingwekkende verschillen in kosten die ziekenhuizen voor eenzelfde behandeling maken. Elk systeem dat we met elkaar bedenken, zal op gespannen voet staan met de professionele werkelijkheid; het perfecte managementsysteem bestaat niet. De kunst voor iedereen - manager en professional - is om verstandig met die spanning om te gaan.

Wat kunnen we doen om een systeem als het DBC te laten werken? Wie vindt dat de artsen fout bezig zijn, zal alles doen om hen in hun hok terug te jagen. Het systeem wint. Wie dit allemaal neoliberale onzin vindt, zal alles doen om het systeem om zeep te helpen. De professional wint.

Beide opties doen echter geen recht aan het eenvoudige gegeven dat we goede zorg willen, maar ook iets van inzicht in de kosten ervan. Dus heb je iets van een systeem nodig. Dat zal nooit helemaal op de professionele werkelijkheid passen. Dus is het misschien het beste om te leren leven met die spanning tussen professie en systeem en om te proberen de perverse prikkels zoveel mogelijk uit het systeem te halen.

Wat kun je dan doen? Je kunt het systeem minder verfijnd maken, dan heb je minder mogelijkheden om 'creatief' te registreren. Het inmiddels tot DOT ('DBC Op Weg naar Transparantie') omgedoopte systeem omvat veel minder producten.

Je kunt wat meer aan monitoring en controle doen. Je kunt met elkaar (artsen, bestuurders, verzekeraars) regelmatig kijken waar het systeem niet functioneert en

aanpassingen maken. Je kunt proberen de financiële consequenties voor de artsen wat minder direct te maken. Als je als individuele arts niet direct ziet wat elke keuze in de registratie aan geld oplevert, is de prikkel minder groot om 'creatief' te registreren vanwege het geld dat dit kan opleveren.

Tegelijkertijd: wees terughoudend met dit soort maatregelen. Monitoring en controle helpen, maar de arts moet wel wat ruimte houden. Regelmatig de praktijk van het systeem evalueren helpt, maar je kunt het systeem niet voortdurend veranderen. Een financiële prikkel hoeft niet heel zichtbaar zijn, maar ook niet helemaal onzichtbaar.

Systemen passen niet op een professionele werkelijkheid. Dat is een weinig opzienbarende constatering. Je kunt daar gemakzuchtig op reageren: of artsen moeten zich voegen naar het systeem, of we draaien het systeem de nek om. Accepteer liever dat een systeem nooit zal passen op de professionele werkelijkheid. Dat het altijd zal schuren tussen systeem en professie, dat er altijd geschaafd moet worden en dat de perfecte wereld niet bestaat. En probeer dan om er het beste van te maken.

Emiel Kerpershoek, Martijn Groenleer en Hans de Bruijn zijn verbonden aan de faculteit techniek, bestuur en management van de TU Delft. Kerpershoek promoveert 2 april op een proefschrift over de praktijk van prestatie-meetsystemen in de zorg.

Creatief declareren: soms kan de arts niet anders

Medisch specialisten en ziekenhuizen kiezen soms voor een *duurdere Diagnose Behandel Combinatie* (DBC) dan medisch noodzakelijk, bleek in 2011 uit promotieonderzoek van Fleur Hasaart: 'Incentives in the diagnosis treatment combination payment system for specialist medical care'. Hoe vaak dit - en ook overdeclaratie - voorkomt, werd in haar studie niet duidelijk. Hasaart: "Op macroniveau blijkt het een trend, die de kosten van de gezondheidszorg opdrijft." Ook uit het onderzoek waar Emiel Kerpershoek 2 april op promoveert, is niet af te leiden wat de omvang ervan is; hij deed kwalitatief onderzoek. De schattingen lopen uiteen van meer dan 1 miljard euro aan 'over-declaraties' in de periode 2006-2008 (Hasaart) tot 800 miljoen euro aan 'opvallende' declaraties over 2012 (Nederlandse Zorgautoriteit). Dat 'creatief registreren' vaak voorkomt, is zeker, aldus Kerpershoek; iedere arts die hij interviewde 'kan wel enkele voorbeelden noemen uit de eigen praktijk'. Dat gedrag is niet zozeer 'financieel gedreven'. Professionele waarden zoals kwaliteit en gelijkheid spelen een belangrijke rol. "Voor de arts staat de zorg voor de individuele patiënt centraal en niet het systeem." Toezichthouders en zorgverzekeraars gaan creatieve registratie dus tegen omdat die het zicht op prestaties vertroebelt. Een jaar geleden beboette de Nederlandse Zorgautoriteit het St. Antoniusziekenhuis wegens te hoge declaraties; in Nieuwegein zou 24,6 miljoen euro te veel in rekening zijn gebracht. Bij een analyse daarvan bleek dat sommige kosten waren opgevoerd om het haperende DBC te omzeilen. Zo hoefden patiënten geen zware *openhartoperatie* te ondergaan, maar volstond een veel goedkopere *katheterisatie* - die niet in het DBC was opgenomen. En lijdens aan een bepaalde vorm van neusbloedingen konden daarvoor behandeld worden, maar die behandeling viel slechts te declareren als er 'neustumor' gediagnosticeerd was, een bloedneus volstond niet. Fleur Hasaart zei in een vraaggesprek dat 'in sommige gevallen' zo'n *onjuiste registratie* te verdedigen viel, "want de behandeling is hoogstwaarschijnlijk wel uitgevoerd".

Bijlage C – Normenkader

Normenkader tbv certificering AOC versie 26-03-2025									
Doelstellingen				Overname en interne beheer	Processen	Eigenrichtend structuur	Wet- en regelgeving		
1. Getrouw beeld van de organisatie	Beogen dat de projectcomponent juist is		Mijn/juist maken met alle zorgverleners	X	Regel 1301, 1302, 1303 en 1304				
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Correctie en verwerkinggegevens	<p>De correctie en verwerkinggegevens zijn juist geregistreerd (indien nodig, het aantal, overvragen en overvragen)</p> <p>Alle patiënt- en verwerkinggegevens zijn volledig geregistreerd</p> <p>De volledigheid van de patiënt- en verwerkinggegevens is geborgd. Mutaties zijn tijdig verwacht</p>	X	Regel 101, 102, 203		Wet Geneeskundige Geneeskunde in de Zorg		
2. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Verwijzen en verwijzingsdocumentatie	<p>De juiste verwijzen is geregistreerd en de verwijzingsdocumentatie voldoet aan wet- en regelgeving en contractvoorwaarden</p> <p>Alle verwijzen zijn geregistreerd en verwijzingsdocumentatie is beschikbaar</p> <p>De verwijzen is tijdig geregistreerd en verwijzingsdocumentatie is tijdig in patiëntendossier opgenomen</p>	X	Regel 202		Bekendingswet Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg / Regeling medisch specialistische zorg		
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Openen en sluiten zorg- en subtrajecten	<p>De zorg- en subtrajecten zijn juist geopend en gesloten (bij afstemming patiënt/familie/traject)</p> <p>Bij elke zorg- subtraject is een juiste hoofdbehandelaar geregistreerd (indien van toepassing)</p> <p>Alle zorg- en subtrajecten zijn geopend en gesloten</p> <p>Alle zorg- en subtrajecten zijn tijdig geopend en gesloten</p> <p>De juiste afsluiten en daarbij behorende afsluitregel zijn toegepast</p>	X	Openen- regel 201 tot 214 Sluiten- 604 t/m 604		Idem		
3. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Tijding DBC zorgproduct	<p>Binnen een subtraject zijn de zorguren (indien nodig), het aantal en de elementen juist geregistreerd</p> <p>Alle subtrajecten zijn volledig en tijdig (definitief) afgesloten</p>	X	proces extra sluiten		Idem		
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Medicatie en medische indicatie	<p>Voor alle behandelingen waarvoor een medicatie/medische indicatie vereist is, is een medische aanpak geregistreerd en de medicatie is geregistreerd</p> <p>Beogen dat de juiste behandeling is geregistreerd (op een 'groeve' zorgactiviteit registreren om een behandeling die een 'voet' zorgactiviteit heeft te koppelen)</p>	X	FS, proces extra sluiten		Idem		
4. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Zorgactiviteiten	<p>De minimale dataset is beschikbaar: versie, datum, aantal</p> <p>Alle zorgactiviteiten zijn geregistreerd</p> <p>Alle zorgactiviteiten zijn tijdig (voor het afsluiten van een subtraject) geregistreerd</p> <p>Beogen dat de behandeling passend is bij de zorgnaam (niet regelen hoe deze controletoelating het beste informeren kan worden)</p>	X	Regel 302 en 303, 304, 402, 403 plus Hoeveel diagnose plus proces extra sluiten	Controleprotocol 204	Idem		
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP1 Palliatieve en eerste hulpzorg	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X	Regel 302, 303		Normen en richtlijnen wetenschappelijke verenigingen en voorschriften Zorginsteltoelating en OZ		
5. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP2 Opleiding	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X					
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP3 Kliniek	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X					
6. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP4 Diagnostische activiteiten	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X					
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP5 Operatieve verwerking	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X					
7. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP6-17 Overige verrichtingen	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X					
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP18-19 IC	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X					
8. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP20-22	<p>Zorgactiviteit is juist en conform wet- en regelgeving geregistreerd</p> <p>De volledigheid en tijdigheid van de registratie van de zorgactiviteit is geborgd</p>	X					
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	DP23 Overige zorgactiviteiten t.b.v. afleiding? DP24 Niet in profiel opgenomen?	<p>Open opmaken?</p>	X					
9. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Volgzaam zorgproducten	<p>Zorgproducten zijn juist gekoppeld aan een subtraject</p> <p>Alle zorgproducten zijn gekoppeld aan een subtraject</p> <p>Alle zorgproducten zijn tijdig gekoppeld aan een subtraject</p>	X	Regel 301 en 304 en Regel 1305		Idem		
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Groepen	<p>Subtrajecten zijn juist aangeboden aan de groepen in DBC zorgproduct en overige zorgproducten zijn juist afgeleid</p> <p>Subtrajecten zijn volledig aangeboden aan de groepen in DBC zorgproduct en overige zorgproducten zijn volledig afgeleid</p> <p>Subtrajecten zijn tijdig aangeboden aan de groepen in DBC zorgproduct en overige zorgproducten zijn tijdig afgeleid</p>	X	Regel 302, 303		Idem		
10. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	Medicatie	<p>DBC zorgproduct en overige zorgproducten zijn conform de declaratiestandaard geregistreerd</p> <p>Alle DBC- en overige zorgproducten zijn gedeclareerd bij de declaratiestandaard</p> <p>Alle DBC- en overige zorgproducten zijn tijdig gedeclareerd bij de declaratiestandaard</p> <p>Tijdig analyse en afrekening van declaratieposten</p>	X	Regel 1301, 1302, 1303, 1304 en 1305		Idem		
	Beogen dat de registratie van het aantal uitgevoerde behandelingen en alle daarmee samenhangende declaratiegegevens volledig, juist en tijdig is	OW	<p>Niet OW is juist berekend</p> <p>Niet OW is volledig en tijdig vastgesteld</p> <p>Beogen dat voorwaarden in de contractvoorwaarden in het met de juiste partijen vastgesteld afrekenmodel</p> <p>Tijdig maken van voorwaarden genoemd in de contractvoorwaarden</p>	X	Regel 505, 506		Idem		
11. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen adequate IT infrastructuur	Technisch	<p>Beschrijving diverse systemen</p> <p>De werking van de systemen is vastgesteld</p> <p>Beogen voldoende veiligheid van gegevens, autorisaties</p> <p>Beogen alle de gegevens correcte worden afgeleverd</p>	X					
	Beogen tijdige en juiste afrekening van resultaten maan	Functioneel	<p>Beogen dat de maanresultaten tijdig worden afgeleverd en berekend op basis van de correcte declaratie</p> <p>Beogen dat de maanresultaten juist worden afgeleverd</p> <p>Beogen dat de maanresultaten juist worden afgeleverd</p> <p>Beogen dat de maanresultaten juist worden afgeleverd</p> <p>Beogen dat de maanresultaten juist worden afgeleverd</p>	X					
12. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen juiste en volledige financiële verantwoording		<p>Beogen juiste en volledige financiële verantwoording</p>	X					
	Beogen juiste en volledige financiële verantwoording	Effectief	<p>Controles zo veel mogelijk aan de bron</p>	X	waarder				
13. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen juiste en volledige financiële verantwoording	Effectief	<p>Voorkomen dubbele controles (combineren van controleposten)</p>	X	waarder				
	Beogen juiste en volledige financiële verantwoording	Effectief	<p>Voorkomen (ad hoc) correcties aan de hand van controles door zorgverleners</p>	X	waarder				
14. Het aantal en de kwaliteit van de zorg	Beogen juiste en volledige financiële verantwoording	Effectief		X					

Bijlage D – Invulinstructie formats

Format AOIC t.b.v. normenkader certificering AOIC - "Invulinstructie"							
DOEL VAN DEZE STAP <i>Vul hier de doelstelling in conform het normenkader</i> <i>Bepaal zowel voor als na het uitwerken van de doelstelling of de formulering concreet genoeg is.</i> <i>Vul indien nodig de doelstelling aan en neem deze wijziging ook op in het normenkader.</i>		TAKEN, VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN Eigenaar proces(sen): Verantwoordelijke deelproces: <i>Go na of voor deze doelstelling een proceseigenaar en/of verantwoordelijke bekend is. Zo niet, noteer deze bevinding en neem een voorstel op.</i>		GLOBALE PROCESBESCHRIJVING (essentiële handelingen ten behoeve van) <i>Bepaal het startpunt en het eindpunt van het proces. Het is niet de bedoeling een volledige procesbeschrijving op te nemen, waarin precies staat wie, wat, wanneer en hoe doet. Het gaat alleen om de essentiële handelingen t.b.v. de doelstelling</i> <i>Go voor het proces na:</i> - Welke handelingen relevant zijn t.b.v. de doelstelling - Welke brongegevens relevant zijn voor de doelstelling - Wie deze gegevens wanneer vastlegt en op basis waarvan - Welke controles wanneer uitgevoerd worden - Of uitzonderingen op dit proces te onderkennen zijn, die regelmatig voorkomen (bijv. SEH) <i>Maak van deze elementen een globale procesbeschrijving. Schrijf zoveel mogelijk actief (zonder het werkwoord 'worden').</i> <i>Benoem de controlemaatregelen die bijdragen aan het realiseren van de doelstelling.</i> <i>Deze controlemaatregelen worden in de onderstaande tabel nader uitgewerkt. De werking van deze controlemaatregelen wordt getest. Het resultaat van de werking van deze controlemaatregelen geeft aan in hoeverre de doelstelling gerealiseerd wordt.</i> 1) 2) etc			
RISICO'S TIJDENS DEZE STAP <i>Neem hier de risico's over uit het:</i> - internal control framework <i>Inventariseer tijdens de sessie of dit de meest relevante risico's zijn</i>		SUPPORT EN TEMPLATES <i>Neem hier de procedurebeschrijvingen, werkinstructies, checklisten etc. over uit het internal control framework.</i> <i>Inventariseer tijdens de sessie of alle relevante beschrijvingen en instructies zijn opgenomen en of de documenten nog actueel zijn.</i>					
Controlemaatregel	Wie	Wanneer	Wat	Hoe (Systeem)	Monitoring	T.b.v. risico	Rapportage /KPI
1.							
1.							
2.							
<i>Neem de controlemaatregelen over vanuit de globale procesbeschrijving</i> <i>Indien meerdere functionarissen/ organisatieonderdelen handelingen uitvoeren, dan omvat 1 controlemaatregel meerdere regels</i>	<i>Geef aan wie de controlemaatregel uitvoert. Dit kan niet 'het systeem' zijn! Als sprake is van een geautomatiseerde controle, dan zal er iemand zijn die iets met de output/signaallijst doet. Diegene wordt dan hier vermeld.</i>	<i>Dagelijks/ wekelijks etc. of op een bepaald moment in het proces.</i>	<i>Onderscheid wordt gemaakt tussen een handmatige controlemaatregel en een geautomatiseerde controlemaatregel.</i> <i>Handmatig:</i> <i>Wat doet iemand aan de hand waarvan?</i> <i>Geautomatiseerd:</i> <i>Vaak afwerken van een signaallijst of handelingen die uitgevoerd worden om de signaallijst of te werken. Benoemen welke lijsten uit welk systeem</i>	<i>Indien het een handmatige controlemaatregel betreft, wordt vaak gebruik gemaakt van informatie uit het systeem. Beschrijven welk overzicht gebruikt wordt uit welk systeem.</i> <i>Bij een geautomatiseerde controlemaatregel beschrijven</i> - welk systeem - wat controleert en hoe en - aan de hand waarvan	Aangeven hoe geborgd is dat de beschreven controlemaatregel wordt uitgevoerd. Bij een geautomatiseerde controlemaatregel kan de signaallijst veelal gezien worden als	<i>Hier wordt aangegeven welk risico wordt afgedekt d.m.v. de controlemaatregel</i>	<i>Om de werking van de controle maatregel te meten is een (KPI) rapportage beschikbaar</i>

Bijlage E – Voorbeeld format

Format AOIC t.b.v. normenkader certificering AOIC patiënt- en verzekeringsgegevens							
DOEL VAN DEZE STAP De juiste registratie van de patiënt- en verzekeringsgegevens is geborgd. Patiënt- en verzekeringsgegevens zijn voor de eerste zorgactiviteit juist geregistreerd.		TAKEN, VERANTWOORDELIJKHEDEN EN BEVOEGDHEDEN Eigenaar proces(sen): Verantwoordelijke deelproces:		 Globale procesbeschrijving (essentiële handelingen ten behoeve van de Bij het eerste (telefonische) contact met de patiënt registreert de spreekuurassistent een aantal basisgegevens van de patiënt, zodat een patiëntnummer kan worden toegekend . Er kan geen afspraak ingepland worden of behandeling geregistreerd worden zonder patiëntnummer. In de bevestigingsbrief is aangegeven, dat patiënten voorafgaand aan het 1e ftf contact de aanvullende patiënt en verzekeringsgegevens dienen door te geven bij de inschrijfbalie. Hiervoor is een gestandaardiseerde procedure inschrijfbalie opgesteld.			
RISICO'S TIJDENS DEZE STAP 1) Patiënten worden meer dan 1 x ingeschreven => geen (juiste) facturatie en/of afwijzing zorgverzekeraar 2) Patiënten worden onjuist ingeschreven => geen (juiste) facturatie en/of afwijzing zorgverzekeraar 3) Onjuiste managementinformatie, doordat de patiënt en verzekeringsgegevens niet juist zijn 4) Patiënt kan zich niet legitimeren 5) Reputatieschade door het onterecht declareren bij de zorgverzekeraar.		SUPPORT EN TEMPLATES 1) KC0731 werkinstructies inschrijven patiënt 2) KC6430 procedure patiëntinschrijving 3) KC0724 procedure onverzekerde en illegalen 4) Handleiding onverzekerde problematiek 5) Alle afspraken in V5 (agenda)		Controlemaatregelen: Om dit proces te borgen worden controles uitgevoerd op: 1) patiënten met dubbele patiëntnummers 2) onjuiste BSN nummer 3) onjuiste verzekering 4) patiënten met een niet praktiserende verwijzende huisarts 5) bij ieder bezoek controle op juistheid patientgegevens 6) patiëntnummers met een tijdelijke naam (SEH)			
Controlemaatregel	Wie	Wanneer	Wat	Hoe (Systeem)	Monitoring	T.b.v. risico	Rapportage /KPI
1. Dubbele patiëntnummers	Patiëntenadministratie (administratief medewerker)	Wekelijks (lijst) of op verzoek (dagelijks)	Nagaan of de signaallijst patiënten met dubbele patiëntnummers bevat aan de hand van NAW gegevens en geboortedatum. Bij dubbele patiëntnummers 1e autorisatie invoeren in ZIS voor koppelen dubbele pat.nummers en verstrekken signaallijst aan BMI voor 2e autorisatie.	Identificeren van patiënten in ZIS (PATREG) met dezelfde naam en/of geboortedatum en/of geslacht (visueel)	Sesop uit ZIS: dubbele patiëntnummers -- Lijstnummer 1 – Koppeling patient-nummers: nog te autoriseren voorstellen	1	n.v.t.
1. Dubbele patiëntnummers	BMI (medisch codeur)	Wekelijks	Nagaan aan de hand van medische dossiers in Elpado of de dubbele nummers op de signaallijst dezelfde persoon betreft. Bij een patiënt met dubbele patiëntnummers 2e autorisatie voor koppelen invoeren in ZIS.	Handmatig in Elpado (medische dossiers), visueel	Geen. Eventueel een melding vanuit BMI naar patiëntenadministratie.	1	n.v.t.
2. BSN nummer	Polikliniek (baliemedewerker)	Dagelijks	Registreren basisgegevens bij het maken van een afspraak, zodat het initiële BSN nummer van de patiënt kan worden opgehaald. Dit is nog geen definitieve registratie!	Van patiënten in ZIS (PATREG) wordt het initiële BSN nummer 's nachts aan de hand van NAW gegevens en geboortedatum opgehaald vanuit SBV-z/GBA.	Sesop: onjuiste BSN nummers -- Lijstnummer 95: Zorgnet: retourberichten met afw.BSN	2/4	KPI
2. BSN nummer	Polikliniek (baliemedewerker)	Dagelijks	Valideren BSN nummer van de patiënt bij inschrijfbalie aan de hand ID bewijs	Van patiënten in ZIS (PATREG) wordt het initiële BSN nummer 's nachts definitief gemaakt aan de hand van NAW gegevens en geboortedatum vanuit SBV-z/GBA.	Sesop: onjuiste BSN nummers -- Lijstnummer 95: Zorgnet: retourberichten met afw.BSN	2	KPI
2. BSN nummer	Patiëntenadministratie (administratief medewerker)	Dagelijks	afwerken signaallijst van controle onjuiste BSN nummers	Bij het maken van een volgende afspraak ontvangt de patiënt een brief waarin is aangegeven, dat de patiëntgegevens nog niet juist/volledig zijn.	Sesop: onjuiste BSN nummers -- Lijstnummer 95: Zorgnet: retourberichten met afw.BSN	2	KPI
2. BSN nummer	Debiteurenadministratie (administratief medewerker)	Dagelijks	Terugkoppelen retourposten vanuit debiteuren naar patiëntenadministratie bij ontbreken van patiëntnummers	handmatige controle van PATREG	Overzicht retourposten	2	KPI
3. Verzekering	Patiëntenadministratie (administratief medewerker)	Inplannen afspraak/openen DBC/facturatie	Afwerken signaallijst na 'Check op verzekeringen'. Versturen brief naar patiënt wanneer hij/zij niet verzekerd is.	NAW, geboortedatum, BSN en geslacht geregistreerd in ZIS afgesteld met Vecozo Indien geen verzekering is geregistreerd in PATREG wordt Vecozo geraadpleegd en wordt de verzekering opgenomen aan de hand van naam (incl voorletters) en geboortedatum en evt. postcode en huisnummer	Zorgnet 1310-750-740-395 (Vecozo) signaallijst onjuiste verzekeringen	2/3	n.v.t.
3. Verzekering	Debiteurenadministratie (administratief medewerker)	Dagelijks	Terugkoppelen retourposten vanuit debiteuren naar patiëntenadministratie wanneer de verzekering ontbreekt of onjuist is	Handmatige controle van Vecozo met PATREG	Overzicht retourposten	2/3	n.v.t.
4. (niet) praktiserende huisarts	Polikliniek (baliemedewerker)	Wekelijks	Bewaken dat de juiste huisarts staat geregistreerd aan de hand van lijst en pop up bij het inplannen van een afspraak.	Pop-up bij het maken van een nieuwe afspraak en overzicht van patiënten met een niet praktiserende huisarts (afstemming met overzicht praktiserende huisartsen)	Sesop: patiënten met niet praktiserende verwijzende huisarts -- Sofa (rapportage huisartsen)	2	n.v.t.
5. Juistheid patientgegevens	Polikliniek (baliemedewerker)	Elk bezoek	Navragen bij patiënt of patiëntgegevens gewijzigd zijn (NAW-gegevens, huisarts en verzekering)	n.v.t.	n.v.t.	2	n.v.t.
6. Patiëntnummer met tijdelijke naam (SEH)	SEH	Wekelijks	Afwerken signaallijst van patiënten met tijdelijke naam = noodnummer	Er wordt een noodnummer toegekend aan een patient waarvan de identiteit niet kan worden vastgesteld (uitzondering)	Noodnummerlijst: patiënten met een tijdelijke naam (SEH)	4/5	n.v.t.