

**Plan van aanpak verantwoording behandelingen en jaarrekeningen
curatieve ggz
naar aanleiding van de NBA audit alert 32**

Definitieve versie, 1 december 2014

Inhoudsopgave

Inhoud

1	Voorwoord en leeswijzer	4
1.1	Voorwoord	4
1.2	Leeswijzer	5
1.3	Status van de bijlagen	5
2	Doel van dit document	7
3	Verhouding tussen publieke en private normstelling en tussen contractvoorwaarden en polisvoorwaarden.....	9
3.1	Verhouding tussen publieke en private normstelling	9
3.2	Verhouding tussen contractvoorwaarden en polisvoorwaarden	10
4	Verwijzingen en verwijsregistratie	11
4.1	Beroep van de verwijzer.....	11
4.1.1	Tekst NZa-circulaire over het beroep van de verwijzer (dit is de publieke norm voor oude en nieuwe jaren)	11
4.1.2	Afspraak uniforme (private) invulling van publieke norm over de verwijzer (2014 en verder)	12
4.1.3	Overige verwijzers in de jaren 2014 en verder en situatie jaren t/m 2013	12
4.2	Tijdigheid en vorm van de verwijzing	13
4.2.1	Tekst NZa circulaire over de datum van de verwijzing (publieke norm voor oude en nieuwe jaren).....	13
4.2.2	Afspraak uniforme invulling publieke norm over de tijdigheid en de vorm van de verwijzing (2014 en verder).....	13
4.2.3	Toepassing van de tijdigheid en de vorm van de verwijzing op de jaren tot en met 2013	15
4.2.4	Procesafspraken m.b.t. de verwijzing in 2015 bij overgang jeugd-volwassen	15
4.3	Geldigheidsduur van verwijzingen	15
4.3.1	Afspraak inzake geldigheidsduur verwijzing – vóór aanvang ggz behandeling.....	15
5	Hoofdbehandelaarschap	18
5.1	Beroep van de hoofdbehandelaar.....	18
5.1.1	NZa-circulaire over het beroep van de hoofdbehandelaar (publieke norm)	18
5.1.2	Afspraak.....	19
5.2	Afspraken over directe tijd en indirecte tijd hoofdbehandelaar	20
5.2.1	Directe tijd hoofdbehandelaar in de initiële DBC.....	20
5.2.2	Directe tijd hoofdbehandelaar in de vervolg-DBC	21
5.2.3	Directe tijd in de situatie met meer dan één hoofdbehandelaar	22

5.2.4	Directe tijd bij tussentijdse wijziging diagnose bij een initiële of vervolg-DBC.....	22
6	Processtappen en tijdplanning afronding oude jaren curatieve ggz.....	24
6.1	Procesafspraken op hoofdlijnen: de verhouding tussen het zelfonderzoek 2013 en de materiële controles over 2013	24
6.2	Materiële controles door verzekeraars in relatie tot de nacalculatie van instellingen en de risicoverevening	26
6.2.1	Controles schadelastjaar 2012 en eerder	27
6.2.2	Controles schadelastjaar 2013	27
6.2.3	Benodigde aanpassing beleidsregel NZa	27
6.2.4	Uitkomsten materiële controles	28
6.2.5	Risicoverevening door verzekeraars	28
6.3	Controles door instellingen verdeeld over de jaren.....	29
6.3.1	De jaren t/m 2012	29
6.3.2	Schadelastjaar 2013 (alle DBC's met ingangsdatum tussen 1 jan – 31 dec 2013)	29
6.3.3	Schadelastjaar 2014	31
6.4	Jaarrekening 2014	31
6.5	Tijdlijn	31
7	Procesafspraken voor 2015	34
	 Bijlagen.....	 38

1 Voorwoord en leeswijzer

1.1 Voorwoord

In april 2014 heeft de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (verder genoemd de NBA) een audit alert (32) uitgebracht ten aanzien van de controleverklaringen bij de financiële overzichten 2013 van aanbieders van curatieve geestelijke gezondheidszorg (cGGZ). Door onzekerheden rond de omzetsbepaling bleek het niet mogelijk om bij ggz-instellingen die een significante hoeveelheid behandelingen ten laste van de basisverzekering (Zorgverzekeringswet) leveren, tot een goedkeurende controleverklaring te komen bij de jaarrekeningen en de DBC-verantwoordingen. (In 2013 zijn DBC's voor het eerst sectorbreed leidend geworden voor de omzet van ggz-instellingen die conform de Zorgverzekeringswet zorg leveren ten laste van de basisverzekering.)

Daarop zijn er op 23 juni 2014 in een bestuurlijk overleg GGZ afspraken gemaakt over het proces om tot oplossingen te komen voor de vraagstukken uit de NBA-alert 32. Met de start van dit overleg is gewacht totdat de oplossingsrichtingen in de Medisch Specialistische Zorg – waarvoor de NBA ook een audit alert had afgegeven – meer vorm hadden gekregen.

Sindsdien is door GGZ Nederland, Platform Meer GGZ¹, Zorgverzekeraars Nederland, VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit, het Zorginstituut Nederland en de Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (verder in dit document genoemd: de partijen) intensief overlegd om te komen tot een plan van aanpak met als doel (a) zo veel als mogelijk tot goedkeurende controleverklaringen bij de jaarrekeningen over 2014 te komen en (b) procesafspraken te maken om problemen rond de omzetverantwoording in de toekomst te voorkomen.

Dit overleg vond voor een groot deel plaats onder extern voorzitterschap van Paul Baks. In de afrondende fase (ter voorbereiding op de definitieve besluitvorming) gebeurde dit onder voorzitterschap van VWS. De inspanningen van alle partijen hebben geleid tot het plan van aanpak dat nu voor u ligt.

Om de hiervoor genoemde doelstelling te bereiken bevat dit plan van aanpak een aantal elementen:

1. een verduidelijking van (dan wel toelichting op) de van toepassing zijnde publieke kaders (de overheidsregels). Hierbij wordt in dit plan van aanpak – waar relevant – geciteerd uit een circulaire die de NZa op 28 oktober 2014 heeft gepubliceerd (CI/14/55c) en waarin zij een aantal regels rond de verwijfsregistratie en het hoofdbehandelaarschap hebben toegelicht. Verder bevat hoofdstuk 3 een weergave van de verhouding tussen publieke en private normstelling en tussen contractvoorwaarden en polisvoorwaarden, zoals deze volgt uit wet- en regelgeving.
2. afspraken over het normenkader (in relatie tot de verwijfsregistratie en het hoofdbehandelaarschap, zie de hoofdstukken 4 en 5) op basis waarvan door ggz-instellingen een (hernieuwd) zelfonderzoek van de jaarcijfers over 2013 kan worden

¹In de technische en uitvoeringsgerichte overleggen die voor het bereiken van dit resultaat noodzakelijk bleken, heeft GGZ Nederland ook het Platform Meer GGZ vertegenwoordigd. GGZ Nederland heeft ook een informerende rol op zich genomen voor de NVZ en de NFU, voor zover het de jaarrekeningproblematiek van de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen / psychiatrische afdelingen van universitaire ziekenhuizen raakt.

uitgevoerd en op basis waarvan materiële controle door verzekeraars over de jaren tot en met 2012 kan plaatsvinden.

3. afspraken over de te nemen processtappen en een bijbehorende tijdplanning gericht op het zo veel mogelijk financieel afronden van de oude jaren (hoofdstuk 6).

Bij het maken van deze (proces)afspraken is steeds een balans gezocht tussen enerzijds het creëren van de duidelijkheid en zekerheid die nodig is voor (a) een zinvol zelfonderzoek en (b) de reductie van de onzekerheden bij het opstellen van de jaarrekening en anderzijds de handelingsvrijheid en wettelijke plicht van verzekeraars om de door hen noodzakelijk geachte controles uit te voeren.

1.2 Leeswijzer

- In hoofdstuk 2 wordt eerst nader ingegaan op het doel van dit plan van aanpak.
- Hoofdstuk 3 is een algemeen, inleidend hoofdstuk waarin de verhouding wordt geschetst tussen enerzijds de publieke regelgeving (en daaruit voortvloeiende normering) en anderzijds de private invulling daarvan in verschillende typen contracten en/of de polisvoorwaarden van verzekeraars. Hoofdstuk 3 vormt daarmee de achtergrond waartegen de hoofdstukken over de normstelling rond de verwijsregistratie (hoofdstuk 4) en het hoofdbehandelaarschap (hoofdstuk 5) moeten worden gelezen.
- Hoofdstuk 4 bevat de normstelling en interpretatie van een aantal zaken rond de verwijsregistratie (waar nodig beschreven per jaar)
- Hoofdstuk 5 bevat de normstelling en interpretatie van een aantal zaken rond het hoofdbehandelaarschap (waar nodig beschreven per jaar).

Steeds is in deze hoofdstukken (4 en 5) beschreven of de normstelling voor 2013 eenduidig / helder is en werkbaar. Waar nodig zijn verduidelijkingen geformuleerd door zowel de NZa als door andere partijen. Deze zijn of structureel of hebben betrekking op één of meerdere jaren. Op basis van deze verduidelijkingen en in samenhang met de contractafspraken is beoordeeld wat dit betekent voor de normering voor de oude jaren (tot en met 2013) en het lopende jaar 2014 en de jaren daarna.

- Hoofdstuk 6 schetst de werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd en de stappen die moeten worden gezet, met het bijbehorende tijdpad, om tot een (tijdige) goedkeurende controleverklaring over de jaarrekening 2014 te kunnen komen.
- Hoofdstuk 7 bevat een overzicht met procesafspraken voor de laatste maand van 2014 en het voorjaar van 2015. Deze zijn gericht op het voorkomen van toekomstige problemen bij de omzetbepaling voor de jaarrekening van komende jaren.

1.3 Status van de bijlagen

Bij dit plan van aanpak horen een aantal bijlagen. Hieronder worden deze bijlagen genoemd met telkens een korte toelichting op de status van deze bijlagen.

Bijlage 1 heeft als titel 'Toelichting uitgangspunten omzetverantwoording - inbreng ten behoeve van het overleg over een AO-IC protocol'. Partijen binden zich nog niet aan deze tekst, maar deze zal als een van de startdocumenten dienen bij de uitwerking van het

AO-IC protocol welke aanbieders en verzekeraars voor eind maart 2015 gaan opstellen. Deels bevat deze bijlage feitelijke beschrijvingen van bestaande regels en procedures.

Bijlage 2 heeft als titel 'Processtappen van wetgeving en controle - inbreng ten behoeve van het overleg over een AO-IC protocol'. Partijen binden zich nog niet aan deze tekst, maar deze zal als een van de startdocumenten dienen bij de uitwerking van het AO-IC protocol welke aanbieders en verzekeraars voor eind maart 2015 gaan opstellen. Deels bevat deze bijlage feitelijke beschrijvingen van bestaande regels en procedures.

Bijlage 3a geeft een beschrijvende toelichting over verwijfsregistratie. Deze bijlage bevat ten eerste een beschrijvende toelichting over de achtergrond van de afspraak over spoedzorg uit het hoofdstuk over de verwijfsregistratie. Verder worden in deze bijlage aspecten benoemd die in de afgesproken vervolgoverleggen over (deelaspecten van) de verwijfsregistratie aan de orde kunnen komen, zonder dat partijen zich hiermee binden aan een bepaalde uitkomst van die overleggen (of aan een bepaalde uitkomstrichting).

Bijlage 3b geeft een louter informatief overzicht van wie er volgens de polisvoorwaarden van de verschillende verzekeraars in 2013 en 2014 verwijzer mogen zijn in de curatieve ggz.

Bijlage 4a geeft een (toelichtend) rekenvoorbeeld bij het hoofdstuk over het hoofdbehandelaarschap (hoofdstuk 5). Met de opname van dit rekenvoorbeeld in dit plan van aanpak, binden partijen zich op geen enkele manier aan een bepaalde uitkomst van overleg over dit onderwerp (of aan een bepaalde uitkomstrichting). Het is puur bedoeld om het betreffende, in paragraaf 5.2 beschreven punt nader toe te lichten.

Bijlage 4b geeft een louter informatief overzicht van wat er in de WMG-overeenkomst 2012 is opgenomen over het hoofdbehandelaarschap, bevat een relevante passage uit een notitie van ZN die is ingebracht in het bestuurlijk overleg (voor de bestuurlijk akkoord partijen) van 11 april 2013 en tekstpassages uit een in dit kader relevante circulaire van ZN van 2 juni 2009.

Bijlage 5 heeft als titel 'Instructie zelfonderzoek 2013 GGZ-aanbieders'

Bijlage 6 is het bijbehorende 'Rapportageformulier zelfonderzoek 2013 GGZ-aanbieders'

2 Doel van dit document

Het doel van dit document is:

- a) normen voor de omzetverantwoording verduidelijken en duidelijke processtappen beschrijven waarmee tot een goedkeurende verklaring bij de jaarrekening 2014 gekomen kan worden;
- b) procesafspraken te maken om problemen rond de omzetverantwoording in de toekomst te voorkomen.

De bedoeling is dat instellingen – in hun jaarrekening 2014 – op basis van het normenkader en de verdere afspraken in dit plan van aanpak:

- tot een financiële afronding van de jaren tot en met 2012 komen (waarbij verzekeraars tot een afronding komen van hun materiële controles over die jaren);
- de jaarcijfers over 2013 opnieuw zelf onderzoeken (door middel van een zogenaamd ‘zelfonderzoek’) en waar nodig bijstellen (waarbij accountants een rapport van bevindingen zullen opstellen) en vervolgens hierover zo nodig het gesprek aangaan met verzekeraars, zodat de omvang van eventuele restrisico’s met betrekking tot de omzetbepaling 2013 adequaat kan worden vastgesteld en hier indien nodig een adequate reservering/voorziening voor kan worden opgenomen in de jaarrekening 2014;
- de schadelast 2014 (voor zover deze in de jaarrekening 2014 neerslaat) kunnen bepalen.

Als een instelling het hiervoor genoemde zelfonderzoek niet (goed) uitvoert of indien een instelling en de verzekeraar(s) niet het onderlinge gesprek aangaan of in dit gesprek uiteindelijk niet tot overeenstemming komen, is het zeer waarschijnlijk dat een instelling een controleverklaring met beperking krijgt. Zeker gelet op het feit dat er naast de thema’s die aan de orde komen in dit plan van aanpak, ook nog een aantal (cumulerende) onzekerheden zijn (dit betreft de Zvw maar ook de andere financieringsstromen van de GGZ).

Als een instelling de stappen in dit plan van aanpak evenwel volgens planning doorloopt en het in dit plan van aanpak beschreven proces door alle betrokkenen adequaat wordt uitgevoerd, kunnen instellingen voor 1 juni naar alle waarschijnlijkheid hun jaarrekening 2014 deponeren met een goedkeurende controleverklaring.

De verwachting is wel dat een substantieel aantal instellingen vanwege het overleg met (een of meer) verzekeraar(s) meer tijd nodig zal hebben en op individuele basis uitstel zal moeten aanvragen alvorens een jaarrekening met goedkeurende controleverklaring te kunnen deponeren.

Vanuit de wet- en regelgeving en systematiek van financiering van de sector volgen ook een aantal inherente risico’s. Hierover zullen de accountants een tekst opstellen die of in de jaarrekening van de instellingen wordt opgenomen en/of in de tekst van de accountsverklaring wordt opgenomen. Hiermee worden relevante stakeholders in voldoende mate op de hoogte gesteld.

Dit plan van aanpak bevat ook procesafspraken om een aantal resterende onzekerheden (zoals benoemd in de audit alert) voor toekomstige jaren op te lossen (waaronder in elk geval een aantal van de hiervoor genoemde “inherente risico’s”). Bij uitvoering van deze procesafspraken worden de onzekerheden in de omzetbepaling in de curatieve ggz structureel en adequaat teruggedrongen, waardoor er een structurele situatie ontstaat,

waarin accountants de jaarcijfers conform de door hen gehanteerde normen met voldoende betrouwbaarheid en nauwkeurigheid kunnen vaststellen.

Eén van deze procesafspraken is dat aanbieders en verzekeraars (met betrokkenheid vanuit NZa/VWS) voor eind maart 2015 een AO/IC protocol met elkaar zullen opstellen. Dit protocol zal formeel pas gebruikt kunnen worden voor DBC's met een start in het schadelastjaar 2016. Voor DBC's van het schadelastjaar 2015 zullen de afspraken uit dit plan van aanpak met elementen van het AO/IC protocol als basis kunnen gelden.

De NBA heeft in overleg ook op risico's in relatie tot andere domeinen gewezen (AWBZ, Gemeenten en Justitie). Dit plan van aanpak gaat specifiek in op de omzetverantwoording in relatie tot de Zorgverzekeringswet. Ter vermindering van de regeldruk en stapeling van financiële risico's ten gevolge van alle transities, moeten oplossingsrichtingen voor de Zorgverzekeringswet echter zo veel als mogelijk ook op andere financieringsstelsels toegepast kunnen worden. VWS zal dit onder de aandacht van gemeenten en Justitie brengen met het verzoek dat Justitie en VNG het overleg met partijen hierover aangaan.

3 Verhouding tussen publieke en private normstelling en tussen contractvoorwaarden en polisvoorwaarden

Dit hoofdstuk geeft een weergave van de verhouding tussen publieke en private normstelling en tussen contractvoorwaarden en polisvoorwaarden, zoals deze volgt uit wet- en regelgeving. Deze tekst is opgesteld door de NZa (paragraaf 3.1) en VWS (paragraaf 3.2) met behulp van de relevante wet- en regelgeving op dit gebied.

3.1 Verhouding tussen publieke en private normstelling

VWS en de NZa stellen de kaders en regels op waarbinnen zorgverzekeraars en aanbieders zich moeten begeven bij de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (publiekrechtelijk kader).

Door de NZa wordt toezicht gehouden op de zorgverzekeraars in hoeverre ze declaraties op dit gebied van aanbieders voldoende controleren. Dit zijn de rechtmatigheidscontroles, vormgegeven via:

- formele controles;
- reguliere materiële controles;
- materiële controles op gepast gebruik (stand van wetenschap en praktijk en redelijkerwijs aangewezen);
- controles op misbruik en oneigenlijk gebruik (fraude).

Declaraties die afwijken ten opzichte van het publiekrechtelijk kader zijn onrechtmatig in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Dit betekent dat alleen gedeclareerde prestaties (DBC's of basis ggz producten) die voldoen aan de publieke regels rechtmatig zijn en vergoed mogen worden. De maximumtarieven die de NZa bij de in de ggz declarabele prestaties heeft vastgesteld, zijn dan ook gebaseerd op de gemiddelde hoeveelheid tijd en activiteiten die bij de levering van die rechtmatige zorg horen. Daarnaast kunnen verzekeraars en aanbieders in de ggz prijzen afspreken die tot 10% boven het standaardmaximumtarief liggen ten behoeve van bijvoorbeeld kwaliteitsverhoging en innovatie.

Activiteiten die op zichzelf geen verzekerde zorg zijn, maar die volgens aanbieders en verzekeraars wel gewenst of nodig zijn om verzekerde zorg goed te kunnen leveren (of de kwaliteit van verzekerde zorg te verhogen), kunnen niet vergoed worden door specifiek voor die activiteiten DBC's in rekening te brengen (want de NZa stelt voor die activiteiten geen DBC's vast). Wel is het mogelijk om deze te financieren uit de opbrengsten van rechtmatig gedeclareerde DBC's door een ophoging van de prijs (binnen de grenzen van de publieke tariefregulering). Het is toegestaan dat verzekeraars en aanbieders hier bij hun prijsonderhandelingen afspraken over maken.

Daarnaast stellen de verzekeraars eisen in privaatrechtelijke overeenkomsten:

- 2013: WMG-overeenkomst (inclusief alle daarbij behorende addenda) die de representerende zorgverzekeraar met de aanbieder heeft afgesproken (verder genoemd de WMG-overeenkomst 'in ruime zin');²
- 2014: individuele overeenkomsten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

Deze privaatrechtelijke overeenkomsten scherpen vaak de publiekrechtelijke regels aan of leggen extra eisen op.

Vaak ontbreken er in de privaatrechtelijke overeenkomsten bepalingen wat er in financiële zin gebeurt als er op één of meerdere aspecten niet aan de overeenkomst wordt voldaan.

Een geheel of gedeeltelijk afkeuring van de gedeclareerde productie ligt dan niet per definitie voor de hand (er is immers wel sprake van rechtmatig geleverde zorg conform de Zvw), zeker niet als de bepalingen over wel /niet vergoeden, niet expliciet zijn gemaakt. Overleg tussen verzekeraar en instelling over de financiële impact ligt dan voor de hand, waarbij – zoals in dit plan van aanpak is opgenomen – in redelijkheid en billijkheid naar de afwijkingen zal worden gekeken.

Indien er afwijkingen zijn in de declaraties ten opzichte van privaatrechtelijke overeenkomsten (maar binnen de publiekrechtelijke kaders) dan kan er door de verzekeraar altijd ten gunste van de verzekerde van worden afgeweken (coulance van de zorgverzekeraar).

3.2 Verhouding tussen contractvoorwaarden en polisvoorwaarden

Door VWS is een duiding gedaan wat, juridisch gezien, de verhouding is tussen de contractafspraken die de representerende verzekeraar met de aanbieder heeft gemaakt (2012, 2013) en de polisvoorwaarden van individuele verzekeraars. Zorgaanbieders zijn in beginsel alleen gehouden aan de contractafspraken met de representerende verzekeraar. Voor zover de representerende verzekeraar niet gemachtigd was om namens de individuele verzekeraars bepaalde afspraken met zorgaanbieders te maken (of bepaalde afspraken had moeten maken, maar dat niet heeft gedaan), kunnen individuele verzekeraars de (meer)kosten die zij als gevolg hiervan maken, indien gewenst, verhalen bij de representerende verzekeraar.

Voor de jaren 2014 en verder zijn de contractafspraken tussen de individuele verzekeraar en de individuele aanbieder leidend. De polisvoorwaarden van de verzekeraar gelden immers in de relatie tussen zorgverzekeraar en zorgverzekerde. Zorgaanbieders zijn alleen gehouden aan de contractafspraken met de individuele verzekeraar.

² Dit betrof de (voorheen) gebudgetteerde instellingen. Overeenkomsten die verzekeraars over 2013 met andere ggz-instellingen sloten waren overeenkomsten die werden afgesloten door individuele verzekeraars.

4 Verwijzingen en verwijsregistratie

De komende paragrafen gaan uit van de publieke normen over de verwijzing en de verwijsregistratie, zoals die door de NZa zijn verduidelijkt in haar circulaire van 28 oktober 2014. Deze normen hebben – tenzij anders aangegeven – betrekking op zowel de oude als de nieuwe jaren.

Op een aantal aspecten geeft de publieke regelgeving de ruimte aan verzekeraars om tot een nadere private invulling van de publieke norm inzake de verwijzing en de verwijsregistratie te komen. Verzekeraars zijn hierbij bereid om een gezamenlijke uniforme lijn te hanteren (een ‘uniforme basisnorm’). Deze zal door hen als ondergrens wordt gerespecteerd. In de komende paragrafen wordt die uniforme basisnorm beschreven.

Deze uniforme private basisnorm is een ondergrens. Individuele verzekeraars kunnen desgewenst nog wel (binnen de publieke kaders zoals geschetst door de NZa) een ruimere norm ten aanzien van de verwijzing en de verwijsregistratie hanteren. Als zij dit doen, zullen zij hier duidelijk over communiceren naar hun verzekerden en naar zorgaanbieders.

In de volgende paragrafen wordt voor diverse aspecten van de verwijzing en de verwijsregistratie beschreven (1) wat de publieke norm is (conform de eerder genoemde circulaire van de NZa) (2) wat de uniforme private basisnorm is die verzekeraars voor de jaren 2014 en verder zullen hanteren en (3) welke normering voor de oude jaren (2013 en eerder) leidend is.

4.1 Beroep van de verwijzer

4.1.1 Tekst NZa-circulaire over het beroep van de verwijzer (dit is de publieke norm voor oude en nieuwe jaren)

Citaat uit de circulaire van de NZa (citaat is cursief afgedrukt):³

“Ervaren probleem

De Zorgverzekeringswet schrijft voor dat de zorgverzekeraar in de modelovereenkomst bepaalt wie er kan verwijzen, waaronder in elk geval de huisarts en de medisch specialist. Verzekeraars hebben dit verwerkt in de contracten met zorgaanbieders. In de praktijk zijn situaties ontstaan waarin de zorgaanbieder verwijzingen heeft geaccepteerd van verwijzers die niet of niet eenduidig zijn opgenomen in de contractafspraken.

Uitwerking NZa

Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervoor kiezen om hun contracten aan te passen naar een ruimere groep van verwijzers, dan is dat aan partijen zelf. De NZa gaat niet over private afspraken tussen aanbieder en verzekeraar, maar houdt wel toezicht op naleving van wet- en regelgeving. Dit houdt concreet in dat de NZa vanuit haar toezichthoudende rol geen belemmering ziet als een verzekeraar een verwijzer accepteert waarvan het beroep niet aansluit bij de eerder gemaakte contractafspraken. Voorwaarde is dat de verzekeraar deze aanpassing publiceert en de verwijzer wel bevoegd en bekwaam is vanuit kwaliteitsregelgeving.”

³ “Regelgeving tweedelijns curatieve ggz 2013” – circulaire CI/14/55c

In de circulaire tekst is 'en de medisch specialist' met de volgende reden toegevoegd: het gaat in art 14 lid 2 Zvw om de *toegang* tot de medisch specialistische zorg. Als een patiënt dus eenmaal 'in' de medisch specialistische zorg zit en de specialist verwijst de patiënt door naar een andere specialist dan is dit dus conform de wet en regelgeving en belet art 14 lid 2 dat niet.

4.1.2 Afspraak uniforme (private) invulling van publieke norm over de verwijzer (2014 en verder)

De volgende beroepen/ instanties worden tenminste erkend als beroepen/ instanties die een geldige verwijzing kunnen geven:

- a) Huisarts
- b) Medisch specialist (inbegrepen zijn: de psychiater van een GGZ-instelling of PAAZ, specialist ziekenhuis, specialist ouderengeneeskunde)
- c) Straatdokter
- d) Tot 1-1-2015: schoolarts (=arts voor jeugdgezondheidszorg)
- e) Tot 1-1-2015: bureau Jeugdzorg

4.1.3 Overige verwijzers in de jaren 2014 en verder en situatie jaren t/m 2013

De bedrijfsarts wordt door de meeste verzekeraars in hun polisvoorwaarden als een verwijzer beschouwd. Zie bijlage 3b. Er zal in het voorjaar van 2015 overleg plaatsvinden tussen aanbieders en verzekeraars in hoeverre en onder welke voorwaarden de in paragraaf 4.1.2 genoemde lijst met ingang van 2015 kan worden uitgebreid met de bedrijfsarts voor alle verzekeraars.

Voor beantwoording van de vraag welke beroepen/instanties in **de jaren t/m 2012 en 2013** als verwijzer mochten optreden (en in hoeverre declaraties die betrekking hebben op een van die jaren op grond van het beroep van de verwijzer – geheel of gedeeltelijk – mogen worden afgekeurd), is de WMG-overeenkomst (inclusief alle daaraan gekoppelde addenda) die de representerende verzekeraar met de zorgaanbieder voor het betreffende jaar heeft afgesproken, leidend. De WMG-overeenkomst met alle daaraan gekoppelde addenda die de representerende verzekeraar (voor een bepaald jaar) met de zorgaanbieder heeft afgesloten, wordt in de context van dit plan van aanpak ook wel de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' (voor dat betreffende jaar) genoemd.

Voor zover de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' voor de jaren t/m 2012 of 2013 een lijst met mogelijke verwijzers bevat (beroepen en/of instanties) die *beperkter* is dan de lijst uit paragraaf 4.1.2, zullen individuele verzekeraars op basis van redelijkheid en billijkheid met individuele instellingen bezien in hoeverre de norm voor 2014 en daarna (zie paragraaf 4.1.2) ook op eerdere jaren kan worden toegepast.

Voor zover de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' *geen* bepalingen bevat over welke beroepen/ instanties een verwijzing mogen geven, geldt dat alle personen die hiertoe bevoegd en bekwaam zijn mogen verwijzen. Zolang aan deze norm wordt voldaan kunnen declaraties voor die jaren in dat geval niet alleen op basis van het beroep van de verwijzer worden afgekeurd.

Voor beantwoording van de vraag of beroepen/ instanties die niet op de lijst uit paragraaf 4.1.2 staan **in 2014 en latere jaren** als verwijzer mogen optreden, geldt dat het individuele contract tussen de verzekeraar en de instelling leidend is. Voor zover over het beroep van de verwijzer geen bepalingen zijn opgenomen in het contract tussen de zorgaanbieder en de individuele verzekeraar, geldt dat alle personen die hiertoe bevoegd en bekwaam zijn mogen

verwijzen. Zolang aan deze norm wordt voldaan kunnen declaraties voor de jaren 2014 en daarna in dat geval niet alleen op basis van het beroep van de verwijzer worden afgekeurd. Voor zover contractafspraken onhelder zijn, gelden de uitkomsten van bilateraal overleg tussen aanbieder en verzekeraar.

4.2 Tijdigheid en vorm van de verwijzing

4.2.1 Tekst NZa circulaire over de datum van de verwijzing (publieke norm voor oude en nieuwe jaren)

Citaat uit de circulaire van de NZa (citaat is cursief afgedrukt):⁴

“Ervaren probleem

De Zorgverzekeringswet schrijft voor dat medisch specialistische zorg (waaronder curatieve ggz) enkel toegankelijk is na verwijzing. In de ggz komt voor dat de behandeling start als de verwijsbrief er nog niet is.

Uitwerking NZa

In een dergelijk geval dient de factuur niet per definitie te worden afgekeurd (geheel of gedeeltelijk). Doel van de wet is dat de verzekeraar zowel procedureel als zorginhoudelijk toetst of de toegang tot de medisch specialistische zorg op een juiste wijze heeft plaatsgevonden. Op zorginhoudelijke gronden is het mogelijk dat zorg aanvangt voordat de verwijsbrief er is. Een verzekeraar mag niet de factuur afkeuren met als enige reden dat de behandeling is gestart voor de datum van de verwijsbrief.”

4.2.2 Afspraak uniforme invulling publieke norm over de tijdigheid en de vorm van de verwijzing (2014 en verder)

De hoofdnorm is dat er voorafgaand aan de behandeling aantoonbaar is (digitaal of schriftelijk) dat de verwijzing heeft plaatsgevonden.

Binnen de marges van de publieke regelgeving zijn er (gelet op de circulaire van de NZa) uitzonderingen op de hoofdregel mogelijk. Een patiënt kan redelijkerwijs niet altijd vooraf door de eigen huisarts worden verwezen. Patiënt heeft niet altijd een eigen huisarts, of zit in een behandeltraject, waarvoor al eerder in de tijd een rechtsgeldige verwijzing heeft plaatsgevonden, en dit behandeltraject wordt aansluitend gecontinueerd.

Partijen zijn het met elkaar eens dat in de volgende uitzonderingssituaties van de hoofdregel mag worden afgeweken. Als er sprake is van een dergelijke situatie moet in het patiëntendossier toetsbaar worden vastgelegd dat er sprake is van de betreffende situatie.

- a. Spoedzorg. Er is in deze situatie geen sprake van crisiszorg, maar de patiëntsituatie is zo ernstig dat de start van de behandeling uit medisch noodzakelijk oogpunt niet kan worden uitgesteld tot na ontvangst van een verwijsbrief. Onderliggend hierbij zijn de specifieke context van het geval en de algemeen geldende kwaliteitsnormen uit de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen (waar de inspectie toezicht op houdt), die aan uitstel van de zorgverlening in de weg kunnen staan. De instelling doet een melding aan huisarts van deze noodsituatie en de start van de behandeling. Deze melding moet blijken uit het patiëntdossier en deze melding kan in samenhang met het patiëntendossier als een geldige verwijzing worden beschouwd. De relatie met de crisiszorg wordt in de bijlage toegelicht.

⁴ "Regelgeving tweedelijns curatieve ggz 2013" – circulaire CI/14/55c

Toelichting: ggz-spoedzorg die wordt geboden door een somatische instelling loopt via de DOT financiering (MSZ) en niet via deze regeling.

- b. Gestart met (ambulante) crisis DBC – daarna (dag)aansluitend vervolgbehandeling, verslaglegging in dossier en melding aan huisarts. Deze melding moet blijken uit het patiëntdossier en deze melding kan in samenhang met het patiëntendossier als een geldige verwijzing worden beschouwd.
- c. Gestart met gedwongen opname/behandeling – daarna (dag)aansluitend vrijwillig voortgezet, verslaglegging in dossier en melding aan huisarts. Deze melding moet blijken uit het patiëntdossier en deze melding kan in samenhang met het patiëntendossier als een geldige verwijzing worden beschouwd.
- d. Patiënt komt uit justitieel traject: na afloop strafrechtelijke titel loopt behandeling door en wordt behandeling afgemaakt onder de ZVW, melding aan huisarts vindt plaats. Deze melding moet blijken uit het patiëntdossier en deze melding kan in samenhang met het patiëntendossier als een geldige verwijzing worden beschouwd.

Let op: in al de hiervoor genoemde vier situaties (“spoedzorg” tot en met “patiënt komt uit justitieel traject”) kan het voorkomen dat de patiënt geen huisarts heeft. In dat geval zorgt de ggz-instelling dat de patiënt een huisarts krijgt, overlegt met deze nieuwe huisarts en stuurt dan aan deze nieuwe huisarts de van toepassing zijnde melding (zoals in de hiervoor genoemde vier situaties is beschreven). Door het contact dat er is geweest met de nieuwe huisarts, kan dat in samenhang met het patiëntendossier als een geldige verwijzing worden beschouwd.

- e. Wijziging van de primaire DBC-hoofdgroep als de patiënt al in een behandeltraject zit op basis van een verwijzing voor een bepaalde stoornis. Als het behandeltraject is geopend en er wordt een gewijzigde stoornis geconstateerd, dan moet – als de hoofdgroepdiagnose is gewijzigd – de eerste initiële DBC gesloten worden en een nieuwe initiële DBC worden geopend. (Zie nadere regel “Gespecialiseerde ggz”, NR-CU 554.) Als dit het geval is – en vanwege de aanpassing van de stoornis de hoofdgroep van de initiële DBC niet meer overeenkomt met de hoofdgroep bij start van de initiële DBC – dan volgt melding aan de huisarts. Deze melding moet blijken uit het patiëntendossier en deze melding kan dan in samenhang met (a) het patiëntendossier en (b) de aantoonbare aanwezigheid van een geldige verwijzing voor de eerste initiële DBC, als een geldige verwijzing worden beschouwd.

Meldingen aan de huisarts in de hiervoor genoemde situaties

Voor de jaren 2015 en verder geldt dat in de regel zo spoedig mogelijk, doch uiterlijk binnen circa 30 dagen na één van bovenstaande gebeurtenissen (en de DBC al is gestart) door de ggz-instelling een bericht wordt verzonden aan de huisarts. Door alle betrokken partijen, VWS, NZa, verzekeraars, accountants en instellingen wordt dit in de hiervoor genoemde situaties als een rechtmatige toegang tot de ggz beschouwd. Doordat de huisarts een regierol heeft kan hij desgewenst n.a.v. de meldingen een actie aangaan.

Om te kunnen factureren wordt de AGB code van de huisarts waaraan de melding wordt gedaan vermeld op de declaratie.

In het op te stellen AO/IC protocol zal worden opgenomen dat instellingen hier zelf intensief op zullen controleren en dat de accountant bij haar controle dit zal beoordelen. Hierdoor wordt de juiste toepassing van deze uitzonderingen geborgd.

Bezien zal worden of met ingang van 2016 op de factuur kan worden aangegeven dat een van de hiervoor genoemde uitzonderingssituaties aan de orde is, waardoor voor de verzekeraar eenvoudig inzichtelijk wordt hoe vaak deze voorkomen.

4.2.3 Toepassing van de tijdigheid en de vorm van de verwijzing op de jaren tot en met 2013

Verzekeraars zullen de hiervoor genoemde afspraken (over situaties waarin de behandeling kan starten zonder dat er een schriftelijke of digitale verwijzing is) in redelijkheid en billijkheid – en in overleg met de zorgaanbieder – ook betrekken bij hun beoordeling van de jaren tot en met 2013.

De 'WMG-overeenkomsten in ruime zin' bevatten tot en met 2013 geen administratieve voorwaarden voor de verwijzdatum (zoals het verplicht vermelden van de verwijzdatum) of andere eisen ten aanzien van de vorm van de verwijzing (bijvoorbeeld dat deze de vorm zou moeten hebben van een verwijzbrief op papier). Dit soort eisen is ook niet geformuleerd in publieke regelgeving.

Van belang is dat de zorginstelling vanuit het patiëntendossier aannemelijk kan maken (kan aantonen) dat verwijzing (in welke vorm) dan ook voorafgaand aan de behandeling (met inachtnaam van de nuancering die de NZa hierover in haar circulaire heeft opgenomen) heeft plaatsgevonden. Bijvoorbeeld: voor het aannemelijk maken van rechtmatigheid van de zorg kan een geadmistreerde terugkoppeling van de behandelaar aan de huisarts over intake en diagnostiek dienen, of een schriftelijke vastlegging door de behandelaar van de verwijzing in het patiëntendossier op grond van telefonisch / e-mail contact met de verwijzer.

4.2.4 Procesafspraken m.b.t. de verwijzing in 2015 bij overgang jeugd-volwassen

Voor zover de bestaande afspraken dit niet dekken, zullen aanbieders en verzekeraars overleggen om vóór 1 januari 2015 landelijke, uniforme afspraken te maken over de verwijzregistratie van jeugdigen die tijdens de behandeling 18 jaar worden en van de Jeugdwet naar de Zvw overgaan. Zie verder de toelichting in de bijlage.

4.3 Geldigheidsduur van verwijzingen

4.3.1 Afspraak betreffende geldigheidsduur verwijzing – vóór aanvang ggz behandeling

Er is geen publieke norm in de wet- en regelgeving aangaande de maximale periode die mag verstrijken tussen de verwijzing en de start van de ggz-behandeling (met andere woorden: er is geen publieke norm aangaan de geldigheidsduur van de verwijzing voor de start van de ggz-behandeling). Als er (private) afspraken zijn gemaakt tussen aanbieder en verzekeraar op het punt van de geldigheidsduur, zijn die vanzelfsprekend van toepassing.

Aanbieders en verzekeraars spreken af om vanaf 1 januari 2015 de geldigheidsduur van de verwijzing voor de start van de ggz-behandeling op 9 maanden te stellen (dat is inclusief de wachttijd na aanmelding). Dit betekent dat de startdatum van de DBC maximaal 9 maanden ligt na de datum van de aantoonbare verwijzing. Uiteraard is dit niet altijd een schriftelijke brief / ook via elektronische weg vinden verwijzingen plaats.

4.3.2 Afspraak betreffende geldigheidsduur verwijzing – na aanvang ggz behandeling

Er is ook geen publieke norm in wet- en regelgeving aangaande de maximale duur dat een verwijzing geldig is nadat de behandeling is gestart (met andere woorden: er is ook geen publieke norm aangaande de geldigheidsduur van de verwijzing na aanvang van de ggz-behandeling). Dat betekent dat behandelingen waarvoor vervolg-DBC's gedeclareerd moeten worden, plaatsvinden op basis van de verwijzing, naar aanleiding waarvan destijds de behandeling en de bijbehorende initiële DBC zijn gestart. Instellingen stellen de huisarts over het algemeen periodiek op de hoogte van de voortgang van de (langdurige) behandeling.

Als er (private) afspraken vanaf 2014 zijn gemaakt tussen aanbieder en verzekeraar op het punt van de geldigheidsduur, zijn die vanzelfsprekend van toepassing. Aanbieders en verzekeraars zullen de komende periode bezien of het mogelijk is op dit punt tot landelijke, uniforme afspraken voor de toekomst te komen, langs de lijnen zoals beschreven in de bijlage.

Als er (private) afspraken zijn gemaakt, maar de wijze waarop deze worden getoetst is in die afspraken niet geëxpliciteerd, zal dit tot overleg leiden tussen betrokken partijen.

4.4 Inhoud van de verwijzing (bGGZ en gGGZ)

4.4.1 Publieke norm

Per 1 januari 2014 is de curatieve ggz verdeeld over de Basis Generalistische GGZ (bGGZ) en de Gespecialiseerde GGZ (gGGZ). De NZa heeft in de publieke regelgeving alleen staan dat een patiënt moet worden verwezen. De NZa heeft geen publieke regelgeving over de inhoud van de verwijzing (noch over de vraag of deze specifiek gericht moet zijn op bGGZ of gGGZ, noch over de vraag of de verwijzing een vermoeden van een stoornis moet specificeren). Het ontbreken van een specificatie of naar de bGGZ of de gGGZ wordt verwezen, is – vanuit de publieke regelgeving – geen grond voor het afkeuren van de factuur. Hetzelfde geldt voor het ontbreken van een (al dan niet gespecificeerd) vermoeden van stoornis op de verwijzing.

4.4.2 Procesbeschrijving totstandkoming en uitvoering contractafspraken 2014 over de inhoud van de verwijzing (basis en gespecialiseerde ggz)

In sommige contracten tussen zorgaanbieders en verzekeraars zijn voor 2014 wel bepalingen opgenomen over de gerichtheid van de verwijzing en het vermelden van een (al dan niet nader gespecificeerd) vermoeden van stoornis. Deze bepalingen lopen uiteen tussen verzekeraars en zijn niet altijd scherp geoperationaliseerd. GGZ Nederland heeft aangegeven dat aan deze bepalingen (die in veel contractafspraken voor 2014 zijn opgenomen) in veel gevallen niet kan worden voldaan. Gezien de termijnen van invoeren (contracten over 2014 werden tot ver in 2014 gesloten), het feit dat de operationalisering van de afspraken vaak onduidelijk is én het feit dat hier geen afspraken met huisartsen over zijn gemaakt door verzekeraars, is er sprake van een omvangrijk invoertraject met normonduidelijkheden. Ook was onduidelijk wie waar voor verantwoordelijk was. Tevens zijn de elektronische verwijssystemen zoals zorgdomein pas in het 4^e kwartaal 2014 aangepast aan deze nieuwe werkwijze.

4.4.3 Afspraak in het kader van dit plan van aanpak

De verwijzer is verantwoordelijk voor de inhoud en kwaliteit van de verwijzing. De verzekeraars hebben de eerste verantwoordelijkheid dat met de verwijzers te organiseren. De ggz zorgaanbieders zullen zich inspannen om de verwijzers te instrueren om het vermoeden van de stoornis in de verwijzing te vermelden en om gericht naar de bGGZ of de gGGZ te verwijzen.

Gelet op het voorgaande zullen verzekeraars declaraties over 2014 waarbij sprake is van een evidente verwijzing naar de ggz niet louter afkeuren vanwege het:

- ontbreken van een nadere specificatie bGGZ of gGGZ of het
- ontbreken van een diagnosespecifiek vermoeden van een stoornis (in de tekst van de verwijzing).

Het feit dat naar de ggz verwezen is, wordt door partijen opgevat als een inherent bewijs dat de verwijzer een ggz-stoornis vermoedt.

Indien een verzekeraar tijdig nadere specifieke afspraken heeft gemaakt in de overeenkomst 2014, kan de verzekeraar deze betrekken bij zijn controles.

Het voorgaande laat geheel onverlet dat verzekeraars de mogelijkheid hebben en houden om de kosten van ggz te beheersen door de plafond- en/of prijsafspraken die zij voor 2014 hebben gemaakt (voor de bGGZ en/of de gGGZ of voor beide gezamenlijk) te handhaven.

Bezien wordt of in de loop van 2015 door aanbieders en zorgverzekeraars afspraken mogelijk zijn over nadere specificeringen van de (invulling van de) eisen die aan de inhoud van de verwijzing kunnen worden gesteld. Reeds gesloten contracten voor 2015 worden daarbij gerespecteerd. In de bijlage zijn situaties benoemd waarin nadere specificeringen aan de orde kunnen zijn.

5 Hoofdbehandelaarschap

5.1 Beroep van de hoofdbehandelaar

5.1.1 NZa-circulaire over het beroep van de hoofdbehandelaar (publieke norm)

Citaat uit de circulaire van de NZa (citaat is cursief afgedrukt):⁵

“Ervaren probleem

De regeling ‘declaratiebepalingen DBC’s in de curatieve GGZ’ van de NZa schrijft sinds 2013 voor wie hoofdbehandelaar mag zijn. Over 2012 en eerder waren er nog geen publieke eisen. Over 2013 geldt als eis dat de hoofdbehandelaar een beroep moet hebben dat opgenomen is in het BIG-register, en bevoegd en bekwaam moet zijn om cliënten te classificeren volgens de systematiek van de DSM-IV-TR. Ook moet de hoofdbehandelaar vanaf 2013 direct patiëntgebonden tijd hebben besteed aan de patiënt waarvoor wordt gedeclareerd.

Over 2014 is het beroep van de hoofdbehandelaar verscherpt naar een gelimiteerde set van elf beroepen, waarvan twee uitsluitend voor dyslexiezorg en generalistische basis ggz. Verzekeraars hebben deze regels geoperationaliseerd in de modelovereenkomst en in de contracten met zorgaanbieders. In de praktijk zijn situaties ontstaan waarin het beroep van de hoofdbehandelaar niet aansluit bij de gemaakte contractafspraken. De vraag is of de verzekeraar deze behandelingen wel mag vergoeden.

Uitwerking NZa

Als zorgaanbieders en zorgverzekeraars ervoor kiezen om over 2013 nadere afspraken te maken die passen binnen de regels over wie hoofdbehandelaar mag zijn, dan is dat aan partijen. De NZa gaat niet over private afspraken tussen aanbieder en verzekeraar, maar houdt wel toezicht op naleving van wet- en regelgeving. Dit houdt concreet in dat de NZa vanuit haar toezichthoudende rol geen belemmering ziet als een verzekeraar een hoofdbehandelaar accepteert waarvan het beroep niet aansluit bij de eerder gemaakte contractafspraken. Voorwaarde is dat dit beroep aansluit bij de regeling ‘declaratiebepalingen DBC’s in de curatieve GGZ’ en dat de verzekeraar deze aanpassing publiceert. “

Ook over 2014 en latere jaren zijn aanbieders en verzekeraars vrij om nadere afspraken te maken over wie er hoofdbehandelaar mag zijn, voor zover die afspraken passen binnen de publieke regels ter zake. Ook voor die jaren geldt dat de NZa niet gaat over private afspraken tussen aanbieder en verzekeraar (of over de naleving daarvan), maar uitsluitend toezicht houdt op de naleving van de voor die jaren geldende publieke wet- en regelgeving.

Voor 2012 waren in de NZa-regels geen normen opgenomen over wie de hoofdbehandelaar mocht zijn. Wel was in de ‘Spelregels DBC-registratie GGZ’ voor 2012⁶ opgenomen dat alleen in de wet BIG geregistreerde beroepen (professionals) die bevoegd en bekwaam zijn om patiënten te classificeren volgens de DSM-IV de zorgvraag en de diagnose van de

⁵ "Regelgeving tweedelijns curatieve ggz 2013" – circulaire CI/14/55c

⁶ Zie http://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/NR_CU_517_Instructie_DBC_registratie_GGZ.

Over 2012 maakten ‘Spelregels DBC-registratie GGZ, RG12’ integraal deel uit van de bovenliggende regeling ‘Instructie DBC-registratie GGZ’.

patiënt mogen typeren in het DBC-systeem (wat volgens dezelfde regels een taak is van de hoofdbehandelaar). Daarom was er in 2012, wel een indirecte norm voor het beroep van de hoofdbehandelaar.

5.1.2 Afspraak

De WMG-overeenkomst (inclusief alle daaraan gekoppelde addenda) die de representerende verzekeraar met de zorgaanbieder voor een bepaald jaar heeft afgesloten, wordt in de context van dit plan van aanpak ook wel de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' voor dat betreffende jaar genoemd.

Met inachtnaam van wat in paragraaf 5.1.1 is opgenomen, komen aanbieders en verzekeraars de volgende normering ten aanzien van het beroep van de hoofdbehandelaar overeen:

Hoofdbehandelaarschap tot en met 2012

Op het gebied van het hoofdbehandelaarschap, gelden voor de jaren tot en met 2012 steeds de normen uit de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' voor het betreffende jaar.

Voor zover en naarmate een individuele verzekeraar over 2014 ruimere afspraken heeft gemaakt over het hoofdbehandelaarschap dan de normen uit de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' over 2012, dan zal deze verzekeraar die ruimere normen voor 2014 in redelijkheid en billijkheid ook toepassen op de jaren t/m 2012.

Hoofdbehandelaarschap 2013

Op het gebied van het hoofdbehandelaarschap in 2013 is de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' voor het jaar 2013 leidend.

Voorts gelden voor het jaar 2013 de individuele coulanceregelingen van de verzekeraars voor zover en naarmate die *ruimer* zijn dan de betreffende normen uit de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' voor 2013. De coulanceregels per verzekeraar – zoals gepubliceerd op hun websites – zijn opgenomen in de bijlagen.

Voor zover en naarmate een individuele verzekeraar over 2014 ruimere afspraken heeft gemaakt over het hoofdbehandelaarschap dan (a) de normen uit de 'WMG-overeenkomst in ruime zin' voor 2013 en/of (b) zijn eigen coulanceregeling voor 2013, dan zal deze verzekeraar die ruimere normen voor 2014 in redelijkheid en billijkheid ook toepassen op 2013.

Hoofdbehandelaarschap 2014 en 2015

Voor 2014 en 2015 gelden de afspraken conform het contract tussen de zorginstelling en de zorgverzekeraar. Voor zover in het kader van de jaarrekeningcontroles blijkt dat hier bij een aanbieder problemen ontstaan, dient de aanbieder hierover tijdig het gesprek aan te gaan met de betreffende verzekeraar.

Hoofdbehandelaarschap 2016

Aanbieders en verzekeraars zijn het eens over de normering voor de toekomst. Voor behandeling gestart vanaf 1-1-2016 zal er conform de (nog te ontwikkelen) veldnorm worden gehandeld. Alle betrokken partijen zijn via bestuurlijk akkoord afspraken aangehaakt bij de 'Commissie Meurs'. Het uitgangspunt van alle partijen is dat er behoefte is aan één gezamenlijk gedragen lijst hoofdbehandelaren binnen de GGZ in de toekomst.

5.2 Afspraken over directe tijd en indirecte tijd hoofdbehandelaar

Algemeen: 2012 en eerdere jaren: geen publieke norm

In 2012 en eerdere jaren was er geen publieke regelgeving over op welke wijze tijd moest worden geregistreerd door hoofdbehandelaren in de DBC. Indien de instelling kan aantonen dat de hoofdbehandelaar bijvoorbeeld via een Multi Disciplinair Overleg (MDO) betrokken was, dan is aan de eis van indirecte betrokkenheid voldaan.

5.2.1 Directe tijd hoofdbehandelaar in de initiële DBC

NZa-circulairtekst (publieke norm voor 2013 en verder) – behandeling stopt voor de hoofdbehandelaar is ingeschakeld

Citaat uit de circulaire van de NZa (citaat is cursief afgedrukt):⁷

“Ervaren probleem

In de praktijk zijn er behandelingen die stoppen voordat de hoofdbehandelaar directe tijd heeft geschreven. Aanbieders en verzekeraars verschillen van mening of een dergelijke behandeling kan worden gedeclareerd als basiszorg onder de Zorgverzekeringswet.

Uitwerking NZa

De tekst van de regeling is hierover duidelijk: directe tijd van de hoofdbehandelaar in de diagnosefase is verplicht. Behandelingen waarbij directe tijd van de hoofdbehandelaar ontbreekt in de diagnosefase kunnen niet worden vergoed als basiszorg. Het DBC-tarief biedt voldoende mogelijkheden om dit risico indien nodig af te dekken.”

Directe tijd

Er gold in 2013 en 2014 vanuit de publieke regelgeving geen face-to-face eis voor de directe behandelingsduur van de hoofdbehandelaar. De hoofdbehandelaar kon bijvoorbeeld ook direct betrokken zijn via een beeldverbinding / (beeld)bellen / e-mail of chat.

Praktijk voor 2013 en 2014

Er wordt door zorgaanbieders en (representerende) verzekeraar in de maanden december, januari en februari gezamenlijk gekeken wat de gevolgen zijn van de toepassing van deze regels. Zaken die daarbij aan de orde zouden kunnen komen zijn:

- Vooral op de korte DBC's is het een complex traject om overal een hoofdbehandelaar directe tijd te laten hebben besteed (en niet te laten verworden tot handen te laten schudden). Hier zijn voor 2013 en 2014 meestal geen expliciete afspraken over gemaakt.
- Tussen sommige instellingen en verzekeraars zijn prijsafspraken gemaakt over de gemiddelde kosten per patiënt. In deze afspraken zijn deze aantallen korte DBC's meegenomen die niet kunnen worden gedeclareerd alleen vanwege de bepaling over de directe tijd van het hoofdbehandelaarschap. Deze korte DBC's bepalen een relatief groot deel in beslag in aantallen (niet qua omzet) en verstoren de gemiddelde prijsafpraak die vooraf is gemaakt. In de bijlage is in relatie hiermee een rekenvoorbeeld opgenomen. Aanbieders en verzekeraars bespreken of deze situatie zich voordoet en welke afspraken hier in redelijkheid en billijkheid over te maken zijn.

⁷ "Regelgeving tweedelijns curatieve ggz 2013" – circulaire CI/14/55c

Voor het jaar 2015 kunnen aanbieders en verzekeraars bespreken of hiervoor wel of geen opslag op de DBC prijzen kan worden afgesproken.

Sommige contracten voor 2015 zijn al afgesloten en zullen voor wat betreft de directe tijd van de hoofdbehandelaar in deze twee situaties (de behandeling stopt voordat de patiënt de hoofdbehandelaar heeft gezien en de hoofdbehandelaar heeft in de vervolg-DBC geen directe tijd besteed, want er was geen diagnosefase) eventueel opnieuw kunnen worden besproken.

5.2.2 Directe tijd hoofdbehandelaar in de vervolg-DBC

NZa–circulairtekst (publieke norm voor 2013 en verder)

Citaat uit de circulaire van de NZa (citaat is cursief afgedrukt):⁸

“Ervaren probleem

De regeling ‘declaratiebepalingen DBC’s in de curatieve GGZ’ schrijft voor dat de hoofdbehandelaar voor het stellen van de diagnose direct patiëntgebonden tijd heeft besteed aan de patiënt waarvoor wordt gedeclareerd. De regeling kent geen verdere normen hiervoor.

In de praktijk gebeurt bovenstaande niet altijd bij vervolg-DBC’s. De hoofdbehandelaar besteedt dan in de vervolg-DBC geen directe tijd aan de betreffende patiënt. Hierdoor keuren verzekeraars facturen af onder verwijzing naar de regeling.

Uitwerking NZa

Dit is een onjuiste uitleg van de tekst in de regeling. De tekst ziet uitsluitend op de diagnosefase in de DBC. Bij een vervolg-DBC hoeft er niet altijd een diagnosefase te zijn, dus is er ook niet altijd directe tijd nodig. Voor de zorgverzekeraar hoeft het ontbreken van directe tijd van de hoofdbehandelaar bij een vervolg-DBC geen reden te zijn om de factuur af te keuren.

Over de uitleg van deze paragraaf leven enkele misverstanden in het veld. Wij zullen de tekst verduidelijken bij de eerstvolgende wijziging van de regeling. Als eis om te kunnen declareren zal komen te staan (onderstreepte tekst is toegevoegd t.o.v. huidige regeling): ‘de hoofdbehandelaar heeft voor het stellen van een diagnose direct patiëntgebonden tijd besteed aan de patiënt waarvoor wordt gedeclareerd. Indien er sprake is van een vervolg-DBC, dan geldt de NZa-regelgeving van verplicht directe tijd van de hoofdbehandelaar niet. Voor crisis-DBC’s zonder verblijf geldt een uitzondering op deze bepaling: de directe tijd hoeft niet door de hoofdbehandelaar besteed te zijn.’”

Let op: indien er wel sprake is van een diagnosefase in de vervolg-DBC moet daarvoor wel directe behandelings tijd door de hoofdbehandelaar worden geschreven.

Praktijk voor 2014

In de praktijk zal er veelvuldig directe tijd en indirecte tijd door de hoofdbehandelaar in de vervolg-DBC zitten. Zeker bij intensieve DBC’s die nog eens een jaar lang voortduren. Het eerder geduide risico van geen directe tijd hoofdbehandelaar zal zich met name voordoen indien een patiënt in een vervolg-DBC nog een beperkt aantal behandelingen geniet in een afrondende fase van het zorgtraject.

⁸ "Regelgeving tweedelijns curatieve ggz 2013" – circulaire CI/14/55c

Facturatie in 2014 en 2015 voor wat betreft hoofdbehandelaar in een vervolg-DBC

Het kan zijn dat een factuur voor een vervolg-DBC technisch alleen betaald kan worden als er directe tijd van een hoofdbehandelaar in de betreffende DBC is opgenomen. Dit zal in de meeste gevallen ook de situatie zijn, echter niet altijd. Zoals toegelicht hoeft er geen directe behandeltime van de hoofdbehandelaar te zijn geregistreerd, als er geen diagnosefase in de vervolg-DBC is opgenomen.

Er wordt naar gestreefd om de declaratiestandaard per 2016 zo aan te passen dat vervolg-DBC's zonder directe behandeltime van de hoofdbehandelaar kunnen worden gedeclareerd. Voor de jaren 2014 en 2015 is dat echter niet meer mogelijk. Voor de jaren 2014 en 2015 zal daarom als volgt met deze situatie worden omgegaan. Indien er geen directe tijd van de hoofdbehandelaar is opgenomen in de vervolg-DBC, wordt de AGB code van de hoofdbehandelaar uit de initiële DBC opgenomen in de vervolg DBC. Evenals een deel van de bestede directe tijd. Deze tijdoverheveling is naar verwachting technisch niet of lastig op te lossen. In dat geval wordt er technisch als tijd één minuut geregistreerd in de vervolg-DBC. Deze lijn zal worden gehanteerd, totdat de declaratiestandaard is aangepast.

5.2.3 Directe tijd in de situatie met meer dan één hoofdbehandelaar

NZa-circulairetekst over meer dan één hoofdbehandelaar (publieke norm)

Citaat uit de circulaire van de NZa (citaat is cursief afgedrukt).⁹

“Ervaren probleem

Het kan voorkomen dat er gedurende de behandeling meer dan één hoofdbehandelaar is. Partijen vragen zich af of alle hoofdbehandelaars tijd moeten schrijven.

Uitwerking NZa

Het is voldoende als één hoofdbehandelaar direct patiëntgebonden tijd heeft besteed aan de patiënt waarvoor wordt gedeclareerd.”

Afspraak

Aanbieders en verzekeraars spreken af de NZa-regels op dit punt (in overeenstemming met de toelichting in de circulaire) als uniforme norm te zullen toepassen.

5.2.4 Directe tijd bij tussentijdse wijziging diagnose bij een initiële of vervolg-DBC

Facturering 2014 en 2015

Het komt soms voor dat gedurende de behandeling de diagnose moet worden bijgesteld. Als dit een wijziging van de hoofdgroepdiagnose impliceert, moet er in die situatie een nieuwe (initiële) DBC worden geopend. Als de hoofdgroepdiagnose hetzelfde blijft kan de onderliggende diagnose in de lopende DBC veranderd worden.¹⁰

Indien er geen directe tijd van de hoofdbehandelaar is opgenomen in de direct aansluitende (nieuw geopende) initiële DBC, wordt de AGB-code van de hoofdbehandelaar uit de eerste initiële DBC opgenomen in de nieuwe aansluitende initiële DBC (tenzij de betreffende

⁹ "Regelgeving tweedelijns curatieve ggz 2013" – circulaire CI/14/55c

¹⁰ Zie de "Nadere regel gespecialiseerde ggz" van de NZa. Zie http://www.nza.nl/regelgeving/nadere-regels/NR_CU_554__Gespecialiseerde_GGZ.

hoofdbehandelaar niet meer in dienst is van de betreffende instelling, dan wordt de AGB-code van een andere hoofdbehandelaar opgenomen die nog wel bij de instelling in dienst is), evenals een deel van de bestede directe tijd. Deze tijdoverheveling is naar verwachting technisch niet of lastig op te lossen. In dat geval wordt er technisch als tijd één minuut tijd van de hoofdbehandelaar geregistreerd in de nieuwe initiële DBC.

6 Processtappen en tijdplanning afronding oude jaren curatieve ggz

Dit hoofdstuk schetst de werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd (met het bijbehorende tijdpad) om mogelijk tot een (tijdige) goedkeurende controleverklaring over de jaarrekening 2014 te kunnen komen. Deze werkzaamheden hebben tot doel om – gegeven de gesignaleerde omzetonzekerheden in audit alert 32 van de NBA en de hierover in dit plan van aanpak nader gemaakte afspraken – zo veel als mogelijk tot een afrekening van de ‘oude jaren’ 2012 en 2013 te komen en de omzetonzekerheden over die jaren en ook 2014 zo veel mogelijk op te heffen.

Een centrale rol in de uit te voeren werkzaamheden speelt een door zorginstellingen (eind 2014 en begin 2015) uit te voeren zelfonderzoek naar de omzet over schadelastjaar 2013. Dat zelfonderzoek vindt plaats aan de hand van de in bijlage 5 opgenomen instructie. Bij dit zelfonderzoek gelden verder de in dit plan van aanpak geformuleerde normen als uitgangspunt, evenals de andere uitgangspunten die in dit plan van aanpak zijn geformuleerd.

Dit hoofdstuk is als volgt opgebouwd:

- De eerstvolgende paragraaf gaat op hoofdlijnen in op de verhouding tussen het hiervoor genoemde zelfonderzoek over 2013 en de materiële controles door verzekeraars over dat jaar. Ook schetst deze paragraaf op hoofdlijnen het proces dat (in relatie tot het zelfonderzoek) zal worden gevolgd in aanloop naar de vaststelling van de jaarrekeningen over 2014.
- In de paragrafen daarna wordt achtereenvolgens dieper ingegaan op:
 - o de materiële controles door verzekeraars over de schadelastjaren 2012 en 2013 (mede in relatie tot de nacalculatie van instellingen over die jaren en de risicoverevening tussen verzekeraars);
 - o de controles die instellingen zelf over de jaren 2012 en 2013 uitvoeren;
 - o hoe het voorgaande samenkomt in de jaarrekening over 2014.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een tabel waarin alle processtappen met tijdlijn zijn samengevat. Deze tijdlijn is zo opgezet dat deze aansluit bij de indieningstermijnen van de jaarrekening en de verantwoordingen ten behoeve van de opbrengstverrekening en de risicoverevening. Voor de nacalculatie van de zorgverzekeraars door het Zorginstituut is belangrijk dat de effecten (correcties) van dit plan van aanpak in het juiste schadelastjaar kunnen worden verwerkt. Hierover zullen VWS, NZa en het Zorginstituut nog nader afstemmen.

6.1 Procesafspraken op hoofdlijnen: de verhouding tussen het zelfonderzoek 2013 en de materiële controles over 2013

Wat betreft de verhouding tussen het zelfonderzoek 2013 en de materiële controles over 2013 speelt het volgende dilemma.

- Enerzijds hebben verzekeraars de principiële vrijheid en wettelijke plicht om (aanvullende) materiële controles uit te voeren als zij daar aanleiding toe zien.
- Anderzijds hebben ggz-instellingen en verzekeraars het belang van (zo veel mogelijk) tijdige zekerheid bij hun omzetbepaling respectievelijk schadelastbepaling teneinde tot goedgekeurde jaarrekeningen te kunnen komen.

In dat licht wordt het volgende afgesproken.

Vooraf kunnen individuele ggz-instellingen en verzekeraars (als zij daar beiden toe bereid zijn) afspraken maken over hoe het zelfonderzoek van een instelling kan worden betrokken bij de materiële controles van de verzekeraar. In dat gesprek kunnen afspraken gemaakt worden over:

- hoe het zelfonderzoek er bij die instelling uit ziet (aard, reikwijdte en diepgang) en
- hoe de verzekeraar voornemens is het zelfonderzoek te gebruiken voor de materiële controle / hoe de verzekeraar met de uitkomsten van het zelfonderzoek om zal gaan als de aanbieder zich met die uitkomsten bij de verzekeraar meldt.

Verzekeraars zullen zo spoedig mogelijk en vóór 13 december 2014 zo veel als mogelijk (dit wordt nader toegelicht in paragraaf 6.2) aan al hun contractpartijen die een jaarrekening moeten deponeren, per getekende brief laten weten welke materiële controles zij bij die instelling (a) al uitvoeren of (b) op dat moment voornemens zijn nog uit te voeren. Zij melden deze controles per brief aan de instelling, behalve die controles die in de ogen van verzekeraars om strategische redenen niet gemeld kunnen worden.

Ten aanzien van de materiële controles over 2013 sturen verzekeraars vóór 31 maart 2015 een dan actuele stand.

Zorginstellingen betrekken al deze informatie bij hun zelfonderzoek, dat zij op basis van de instructie in bijlage 5 uitvoeren. Zoals gezegd, worden bij dit zelfonderzoek verder de in dit plan van aanpak (tussen zorginstellingen en zorgverzekeraars) overeengekomen normen en uitgangspunten betrokken.

Op basis van de uitkomsten van het zelfonderzoek maken instellingen een eigen inschatting van de restrisico's (in relatie tot de reserveringen die zij kunnen maken om deze risico's af te dekken) en wegen zij af of zij op basis van het zelfonderzoek (en een bijbehorend rapport van bevindingen van de accountant) het gesprek hierover met verzekeraars willen aangaan. Als zij dat doen (en verzekeraars zijn bereid het gesprek aan te gaan) zullen verzekeraars en instellingen afspraken maken over hoe de uitkomsten van het zelfonderzoek zullen worden betrokken bij de materiële controle van de verzekeraar.

De afweging die door de instelling wordt gemaakt is mede afhankelijk van de situatie van de instelling en de wijze van financiering van de instelling (of deze voornamelijk vanuit de Zvw wordt gefinancierd of ook vanuit andere financieringsstromen).

Verzekeraars zeggen toe dat zij bij het maken van afspraken met zorginstellingen met betrekking tot (de resultaten van) het zelfonderzoek (vooraf en/of achteraf) redelijkheid en billijkheid zullen betrachten. In beginsel betekent dit dat:

- de verzekeraar bij een transparante opstelling van de zorgaanbieder en een goed uitgevoerd zelfonderzoek bij hun materiële controle in belangrijke mate op het zelfonderzoek zal steunen;
- het streven is dat na afloop van het zelfonderzoek – en het gesprek over de uitkomsten daarvan tussen aanbieder en verzekeraar – er een helder (en door aanbieder en accountant gezamenlijk gedeeld) beeld ligt over welke restrisico's er (gekwantificeerd in euro's) zijn, onderbouwd met punten die (op aangeven van verzekeraars) nog bij een vervolgmateriële controle aan de orde kunnen komen (indien van toepassing).

Bij dit alles wordt onderstreept dat verzekeraars hoe dan ook altijd nog de mogelijkheid hebben om (aanvullende) materiële controles te doen naar gepast gebruik of naar aanleiding van signalen die kunnen wijzen op fraude.

Op basis van het gesprek tussen verzekeraar en aanbieder zijn drie uitkomsten mogelijk:

1. de zorgaanbieder en zorgverzekeraar rekenen op basis van het zelfonderzoek af. De verzekeraar concludeert dat geen verdere materiële controles bij die aanbieder nodig zijn (behoudens eventuele latere controle op gepast gebruik of naar aanleiding van latere vermoedens van fraude).
2. de zorgaanbieder en zorgverzekeraar concluderen dat ze het eens zijn over de onzekerheden in de declaratiemassa, maar komen nog niet tot gezamenlijke conclusies hoe daarmee om te gaan; ze blijven hierover wel in gesprek;
3. zorgaanbieder en zorgverzekeraar concluderen dat ze het niet eens worden het breken het gesprek af.

Wat dat betekent voor de jaarrekening is afhankelijk van de specifieke omstandigheden van de instelling en de mate waarin de activiteiten zijn gefinancierd vanuit de Zvw.

6.2 Materiële controles door verzekeraars in relatie tot de nacalculatie van instellingen en de risicoverevening

Er is sprake van drie 'categorieën' van 'reguliere' materiële controles:

- 1) controles die al zijn opgestart en bekend zijn bij de aanbieder;
- 2) controles die al zijn opgestart, of waarvan de verzekeraar weet dat die gaan worden opgestart, maar die nog niet bekend zijn bij de aanbieder (controles 'in de pijplijn');
- 3) controles die alleen op (generiek) themaniveau bekend zijn, maar door de verzekeraar nog niet concreet zijn ingevuld op instellingsniveau. Deze thema's staan vaak al op de website van de verzekeraar.

(Met 'reguliere materiële controles' worden niet bedoeld controles naar gepast gebruik of naar aanleiding van vermoedens van fraude.)

Afspraak

Verzekeraars melden zo spoedig mogelijk en vóór 13 december 2014 expliciet per getekende brief aan alle individuele contractpartijen die een jaarrekening moeten deponeren, de controles over de jaren tot en met 2012 uit categorie 2 (categorie 3 is wat de jaren tot en met 2012 betreft niet meer van toepassing) en de controles over het jaar 2013 – voor zover op dat moment bekend – uit categorie 2 en 3 (voor zover de controles uit categorie 3 niet al op de website van de verzekeraar staan).

- Wat betreft het jaar 2013 is dit een tussenstand, omdat er op dat moment nog niet volledig is uitgedeclareerd over 2013.
- Wat betreft de tweede categorie controles melden verzekeraars alléén die controles waarbij in hun ogen geen noodzaak bestaat om die om strategische redenen niet aan de aanbieder te melden.
- Verzekeraars geven bij de controles in categorie 2 steeds concreet aan wat de aard is van de betreffende controle en waar de controle zich op zal richten.

Verzekeraars melden uiterlijk 31 maart 2015 per getekende brief aan alle individuele instellingen die een jaarrekening moeten deponeren een update van de mogelijke materiële controles over het jaar 2013 in de categorieën 2 en 3.

- Verzekeraars geven ook hierbij, bij de controles in categorie 2 steeds concreet aan wat de aard is van de betreffende controle en waar de controle zich op zal richten.
- Wat betreft de tweede categorie controles melden verzekeraars ook hier alléén die controles waarbij in hun ogen geen noodzaak bestaat om die om strategische redenen niet aan de aanbieder te melden.

Hiermee kan het zelfonderzoek van de instellingen worden afgestemd op de materiële controles van de zorgverzekeraars.

6.2.1 Controles schadelastjaar 2012 en eerder

De materiële controles over de jaren tot en met 2012 worden door verzekeraars zo veel mogelijk voor 1 mei 2015 afgerond¹¹. De uitkomsten van de materiële controles over de jaren tot en met 2012 kunnen dus voor het grootste deel ook tijdig worden verwerkt in de jaarrekening 2014 van de instelling.

De uitkomsten van de materiële controles die voor 1 mei 2015 worden afgerond en gevolgen hebben voor de financiering, worden meegenomen bij de correcties 2008/2012 (zie paragraaf 6.2.3). Voor het deel dat nog niet is afgerond moeten instellingen eventueel een reservering doen/voorziening vormen. Deze reservering/voorziening kan de instelling met haar accountant maken op basis van de tot 13 december 2014 nog kenbaar gemaakte materiële controles en de afwikkeling daarvan per 1 mei 2015.

6.2.2 Controles schadelastjaar 2013

Naar verwachting zal per 1 juni 2016 op basis van NZa-regels een nacalculatieronde plaatsvinden over schadelastjaar 2013 (waarbij DBC-opbrengsten die de productieafspraken met de representerende verzekeraar over schadelastjaar 2013 overschrijden, moeten worden geretourneerd naar verzekeraars) en waarin de effecten van materiële controles over schadelastjaar 2013 (door zorgverzekeraars uitgevoerd voor 1 mei 2016) kunnen worden meegenomen. Deze datum is gekozen om de financiële effecten van deze nacalculatieronde nog tijdig te kunnen betrekken in zowel de jaarrekening 2015 van de instellingen als in de afwikkeling risicoverevening over schadelastjaar 2013. Hiervoor is een aanpassing van de betreffende beleidsregel (BR/CU-5090) noodzakelijk (aangezien volgens de huidige beleidsregel de nacalculatie over 2013 plaatsvindt in juni 2015). De volgende paragraaf gaat hier nader op in.

6.2.3 Benodigde aanpassing beleidsregel NZa

De afwikkeling van zowel de correcties 2008-2012 (zie paragraaf 6.2.1) als schadelastjaar 2013 (zie paragraaf 6.2.2) zijn op dit moment geregeld in beleidsregel CU-5090, 'Nacalculatie doorloop DBC's 2012 en nacalculatie 2013' van de NZa. In deze beleidsregel staat dat door de NZa per 1 juni 2015 twee zaken tegelijk worden uitgevraagd:

- de correcties 2008-2012 en
- de nacalculatie van schadelastjaar 2013.

¹¹ Afgerond wil zeggen dat de verzekeraar de geplande controles voor de uiterste indiening per 1 mei 2015 van verantwoordingen risicoverevening over schadelast jaar 2012 heeft uitgevoerd. Voor de geplande controles die nog niet konden worden afgerond neemt de zorgverzekeraar een raming van de onzekerheden / onjuistheden op bij de verantwoording risicoverevening. Als op een later moment (na 1 mei 2015) onjuistheden definitief aan het licht komen die een stelselmatig karakter over oude jaren blijken te hebben, dan moeten deze met inbegrip van de wettelijke termijn van vijf jaar worden uitgezocht ('back testing') en gecorrigeerd tussen zorgverzekeraar en instelling.

Het voornemen is deze uitvragen te splitsen:

- De correcties 2008-2012 blijven op inzenddatum 1 juni 2015 staan (zie paragraaf 6.2.1). De datum van 1 juni 2015 is gekozen om de financiële effecten van deze nacalculatieronde nog tijdig te kunnen betrekken in zowel de jaarrekening 2014 van de instellingen als in de afwikkeling risicoverevening over schadelastjaar 2012. Aanleveren is niet verplicht: als een aanbieder geen correcties heeft om te verwerken, dan hoeft hij ook niets in te dienen. De NZa geeft een beschikking af en neemt de effecten mee in de opbrengstverrekening over 2012. De NZa onderzoekt met het Zorginstituut in hoeverre deze resultaten verder gedifferentieerd kunnen worden naar 2011 en 2012.
- Het voornemen is om de nacalculatie op schadelastjaar 2013 uit te vragen per 1 juni 2016 (zie paragraaf 6.2.2). Dat is een jaar later dan in de huidige beleidsregel staat. Dit is een verplichte aanlevering: alle voorheen gebudgetteerde instellingen moeten meedoen. Ook hier geeft de NZa dan een beschikking af en neemt de effecten mee in de opbrengstverrekening, maar dan over 2013.

Hiervoor zal de beleidsregel (indien nodig op aanwijzing van VWS) worden aangepast.

6.2.4 Uitkomsten materiële controles

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen aspecten met betrekking tot de publieke regelgeving en de private contractafspraken met de verzekeraars (t/m 2013 in representatie).

Indien niet wordt voldaan aan letter en geest van de publieke regelgeving is een declaratie onrechtmatig. Indien uit materiële controle blijkt dat hiervan sprake is, moet dit op het niveau van de individuele declaratie worden gecorrigeerd.

Indien niet wordt voldaan aan één of meerdere elementen van de contractafspraken wordt over de hoogte van de correctie in redelijkheid en billijkheid door de verzekeraars en ggz-instelling overleg gepleegd.

Eventuele terugvorderingen uit materiële controles worden verrekend met de totaal gedeclareerde productie (dat is dus inclusief eventuele overproductie door ggz instellingen ten opzichte van het contract met de verzekeraar).

6.2.5 Risicoverevening door verzekeraars

Als gevolg van de verklaringen met beperking over 2013 bij de omzetverantwoording van zorginstellingen, zijn ook bij de door de zorgverzekeraars bij Zorginstituut Nederland (ZiNL) ingediende vereveningsverantwoordingen, geen goedkeurende controleverklaringen verstrekt. Als gevolg daarvan kan de verevening nu nog niet door het ZiNL op alle aspecten worden afgewikkeld¹².

Op basis van correcties die uit de afwikkeling van de materiële controles 2012 en het zelfonderzoek 2013 voortvloeien, kunnen door zorgverzekeraars herziene of geactualiseerde vereveningsverantwoordingen bij het ZiNL worden ingediend. Daarbij zou dan een controleverklaring kunnen worden verstrekt die in beginsel goedkeurend kan zijn, aangezien de onzekerheden door het zelfonderzoek en de afronding van de materiële controles tot en met 2012 zijn weggenomen¹³.

¹² Dit wordt niet alleen veroorzaakt door de onzekerheden in de GGZ, maar ook in de MSZ.

¹³ Ook hiervoor geldt dat dit in samenhang met de MSZ moet worden gerealiseerd.

6.3 Controles door instellingen verdeeld over de jaren

6.3.1 De jaren t/m 2012

Hierover vindt geen zelfonderzoek plaats door instellingen. Instellingen ontvangen – zoals toegelicht in de inleiding op paragraaf 6.2 – van verzekeraars een overzicht van de materiële controles over die jaren. Deze worden zo veel mogelijk voor 1 mei 2015 afgerond (zie ook voetnoot paragraaf 6.2.1). Daarbij worden de overeengekomen uitgangspunten en afspraken uit dit plan van aanpak in acht genomen. Instellingen beoordelen zelf wat de gevolgen zijn voor hun jaarrekening. Hierbij beoordeelt de instelling zijn omzet mede op basis van deze controles en de gevolgen hiervan met inachtneming van de aspecten van dit plan van aanpak.

Voor zorgtrajecten en DBC's geopend tot en met 2012 vindt afrekening plaats op de (oude) NZa-budget parameters. Over deze jaren is al een beschikking afgegeven waarin het budget aanvaardbare kosten definitief is vastgesteld. DBC's dienen over die jaren ter financiering van het budget. Dat betekent dat correcties op DBC-declaraties over deze jaren normaliter geen invloed hebben op het budget van de aanbieder. Via de nacalculatie budgetperiode (zie paragraaf 6.2.1) kunnen discrepanties tussen budget en financiering (inclusief de correcties die tot 1 mei 2015 zijn doorgevoerd) worden rechtgezet.

Vorenstaande leidt ertoe dat eventuele correcties met betrekking tot de (schadelast)jaren tot en met 2012 financieel hersteld kunnen worden via de opgave correcties 2008-2012. Per saldo is er dan, afgezien van het rente-effect, geen financiële gevolg voor de (voorheen) gebudgetteerde ggz instellingen.

6.3.2 Schadelastjaar 2013 (alle DBC's met ingangsdatum tussen 1 jan – 31 dec 2013)

Over het schadelastjaar 2013 vindt wel een zelfonderzoek plaats door de instelling.

1. Instellingen ontvangen zo spoedig mogelijk en vóór 13 december 2014 van verzekeraars een voorlopig overzicht van de materiële controles over het schadelastjaar 2013.
2. Daarnaast gelden de uitgangspunten van dit plan van aanpak.
3. Er is sprake geweest van zorginkoop door *representerende* verzekeraars over dit jaar. Zoals toegelicht in dit plan van aanpak is op een aantal (specifiek in dit plan van aanpak benoemde punten) desalniettemin de normering leidend die volgt uit de coulanceregelingen van *individuele* verzekeraars. Instellingen voeren daarom het zelfonderzoek uit op het geheel van de instelling, gespecificeerd naar (individuele) verzekeraars.
4. Op basis van het zelfonderzoek wordt er afgewogen op instellingsniveau en/per verzekeraar of er overleg met de verzekeraar noodzakelijk is over dat schadelastjaar:
 - bij rechtmatigheidsfouten op basis van regelgeving van VWS en de NZa moeten deze op individueel declaratieniveau worden gecorrigeerd.
 - in situaties waarin niet wordt voldaan aan één of meerdere elementen van de contractafspraken of waarbij daarover interpretatieverschillen met verzekeraars kunnen bestaan, wordt de volgende afweging gemaakt:
 - er is geen overleg noodzakelijk met de (representerende) verzekeraars als op basis van de interne controle (rekening houdend met de afgesproken regels) de instelling voldoende reserveringen heeft voor mogelijke onzekerheden;
 - er is wel overleg noodzakelijk met één of meer verzekeraar(s) als er na het zelfonderzoek nog resterende onzekerheden en onduidelijkheden zijn.
5. Indien er overleg noodzakelijk is tussen instelling en verzekeraar vindt dit voor eind april 2015 plaats (voorwaarde daarbij is dat de verzekeraar het gesprek wil aangaan). Er

wordt overeenstemming gevonden hoe met de onzekerheden om te gaan in het licht van het plan van aanpak én de redelijkheid en billijkheid die de verzekeraar betracht bij de betreffende instelling.

6. Voor 31 maart 2015 ontvangt elke instelling van elke verzekeraar een update van de mogelijke materiele controles over het jaar 2013 (zie de inleiding op paragraaf 6.2). Indien nodig moet naar aanleiding hiervan nog aanvullend zelfonderzoek plaatsvinden. Op basis van de bij punt 4 genoemde overwegingen wordt over de uitkomsten hiervan wel of geen overleg met de verzekeraar gevoerd. Indien er overleg met een (of meer) verzekeraar(s) nodig is, vindt ook dit voor eind april 2015 plaats. Ook hierbij geldt dat er in dit overleg overeenstemming wordt gevonden over hoe met onzekerheden om te gaan in het licht van het plan van aanpak én de redelijkheid en billijkheid die de verzekeraar betracht bij de betreffende instelling. De instelling beoordeelt of dit voor de jaarrekening 2014 nog een mogelijke impact heeft.
7. De deadline voor de indiening van DBC-realisaties voor de nacalculatie op schadelastjaar 2013 wordt opgeschoven van 1 juni 2015 naar 1 juni 2016. Hiermee wordt het risico verkleind dat er nog effecten van materiële controle optreden nadat de NZa de nacalculatie 2013 heeft vastgesteld.

Als de ggz-instelling de risico's zodanig schat dat zeker met een of meer verzekeraar(s) gesproken moet worden over die risico's, dan zal ze de externe accountant verzoeken de resultaten van het zelfonderzoek te voorzien van een feitelijk rapport van bevindingen over de door de ggz instelling geconstateerde uitkomsten. De beoordeling van de accountant vindt plaats op basis van een accountantsprotocol.

Het zelfonderzoek van de instelling wordt zo opgezet dat met 95% betrouwbaarheid en 97% nauwkeurigheid uitspraken kunnen worden gedaan over zijn declaraties. De ggz-instelling rapporteert de uitkomsten van haar zelfonderzoek aan de betrokken verzekeraars, indien hier aanleiding toe is (vergezeld van een rapport van bevindingen van de accountant). In de rapportage van de zorgaanbieder wordt dan inzicht gegeven welke fouten in de declaratiemassa zijn aangetroffen respectievelijk welke interpretatieverschillen er mogelijk zijn. Deze worden gesplitst in twee delen (zie ook paragraaf 6.2.4);

- in rechtmatigheidsfouten op basis van regelgeving van VWS en de NZa en welke correcties op basis hiervan moeten plaatsvinden. Deze moeten op individueel declaratieniveau worden gecorrigeerd.
- situaties waarin niet wordt voldaan aan één of meerdere elementen van de contractafspraken of waarbij daarover interpretatieverschillen met verzekeraars kunnen bestaan. Over dit deel moet overleg plaatsvinden met de verzekeraar over eventuele correcties in de omzet. Een eventuele correctie vindt plaats op de totale declaratiemassa van de instelling (dus niet op de contractafpraak).

Dit betreft de finale rapportage na beoordeling door de accountant en de daaruit voortvloeiende aanpassingen.

De instelling moet op basis van het zelfonderzoek, het (eventuele) gesprek met verzekeraars en gezien de eigen situatie beoordelen of deze risico's nog blijven bestaan en hiervoor eventueel een reservering of voorziening vormen.

Het schadelastjaar 2013 bestaat uit:

- a. DBC's geopend in 2013 en gesloten in 2013
- b. DBC's geopend in 2013 onderhanden ultimo 2013 en afgerond in 2014
- c. Transitiebedrag
- d. Overgangsregeling NHC's

6.3.3 Schadelastjaar 2014

Dit schadelastjaar is lopend tijdens het opstellen van de jaarrekening 2014. Op basis van de afgesloten contracten per verzekeraar én de aspecten genoemd in dit plan van aanpak voert de instelling een interne controle uit die door de controlerende accountant wordt beoordeeld. Hierover vindt geen rapportage plaats aan de verzekeraars omdat we vanaf 2014 weer een regulier verantwoordingsproces met de verzekeraars ingaan.

Eventuele correcties vinden plaats op de totale declaratiemassa van de instelling (en dus niet op basis van de maximale contractafpraak).

De omzet van 2014 in de jaarrekening van de instelling bestaat uit:

- a) DBC's geopend in 2014 en gesloten in 2014
- b) DBC's 2014 onderhanden ultimo 2014
- c) In enkele gevallen een transitiebedrag 2014 (enkele zeer gespecialiseerde instellingen)
- d) Overgangsregeling NHC's

De interne controles over schadelastjaar 2014 gaan noodzakelijkerwijs niet verder dan de gesloten DBC's 2014 én de beoordeling van het onderhanden werk. De laatste DBC 2014 wordt pas in 2016 gefactureerd.

6.4 Jaarrekening 2014

Voor de jaarrekeningen 2014 betekent dit het volgende:

- Als de instelling het zelfonderzoek niet (goed) uitvoert of indien de instelling en de verzekeraar niet het onderlinge gesprek aangaan of in dit gesprek uiteindelijk niet tot overeenstemming komen, is het zeer waarschijnlijk dat een instelling een controleverklaring met beperking krijgt. Zeker gelet op het feit dat er naast de thema's die aan de orde komen in dit plan van aanpak, ook nog een aantal (cumulerende) onzekerheden zijn.
- Als een instelling het in dit hoofdstuk beschreven proces evenwel volgens planning doorloopt en dit proces door alle betrokkenen adequaat wordt uitgevoerd, kunnen instellingen voor 1 juni 2015 naar alle waarschijnlijkheid hun jaarrekening 2014 deponeren met een goedkeurende controleverklaring.
- De verwachting is wel dat een substantieel aantal instellingen meer tijd nodig zal hebben voor het overleg met (een of meer) verzekeraar(s) en op individuele basis uitstel zal moeten aanvragen alvorens een jaarrekening met goedkeurende controleverklaring te kunnen deponeren.
- De aard, omvang en achtergrond van restonzekerheden bij de jaarrekening zal in de toelichting op de jaarrekening door de instelling duidelijk worden toegelicht, waarnaar zal worden verwezen in een toelichtende paragraaf in de controleverklaring. Daarbij zal ook worden ingegaan op de mate waarin deze restonzekerheden samenhangen met de stelseltransities in de ggz en zaken die inherent zijn aan het huidige stelsel en financieringssysteem, zoals de doorlooptijd van DBC's en de formele controletermijn van vijf jaar in relatie tot bijvoorbeeld gepast gebruik. Naar het maatschappelijk verkeer en met name met de banken kan dan worden besproken en uitgelegd wat deze restonzekerheden precies inhouden en wat de achtergrond is

6.5 Tijdlijn

De in het plan van aanpak opgenomen acties hebben een relatie met elkaar. Deze worden in de volgende tabel met tijdlijn weergegeven.

Schadelastjaar 2012

Deadline in de tijd	Onderwerp	actor	
13-12-2014	Bekendmaking controles 2012	zorgverzekeraar	
1-5-2015	Afronding door ZV van de declaratiecontroles ZV over 2012 i.v.m. de risicoverevening (t+3)	zorgverzekeraar	
Uiterlijk 1 juni 2015	Overeenstemming ZV en ZA over de declaratiecontroles ZV over 2012	Zorgverzekeraar + zorgaanbieder	
1-6-2015	Indiening correcties financiering 2008-2012 (t.b.v. afwikkeling budgetperiode t/m 2012 door NZa).	Zorgverzekeraar en zorgaanbieder	

Schadelastjaar 2013

Deadline in de tijd	Onderwerp	actor	
1-12-2014	Start zelfonderzoek	zorgaanbieder	
13-12-2014	Bekendmaking voorlopige (themagerichte) controles 2013	zorgverzekeraar	
1-2-2015	Zelfonderzoek 2013 + rapportageformulier gereed	zorgaanbieder	
1-2-2015	Evalueren zelfonderzoek 2013 en bepalen of met zorgverzekeraars overlegd zal moeten worden.	zorgaanbieder	
1-3-2015	Bij inschatting risico's: Aanbieden zelfonderzoek + feitelijk rapport van bevindingen van accountant door ZA aan ZV	zorgaanbieder	
31-3-2015	Bekendmaking definitieve themagerichte en instelling specifieke controles over schadelastjaar 2013 (voor zover mogelijk om te melden)	zorgverzekeraar	
30-04-2015	Beoordelen verwachte effecten themagerichte controles zorgverzekeraars, incl. bepalen impact jaarrekening 2013 en nieuwe afweging tot overleg ZA en ZV.	zorgaanbieder	
Voor 1 juni 2015	Zoveel mogelijk afronding gesprekken tussen instelling en verzekeraars n.a.v.		

	zelfbeoordelingen (indien noodzakelijk)		
1-6-2016	Indiening t.b.v. nacalculatie 2013 door NZa	zorgverzekeraar en zorgaanbieder	

Schadelastjaar 2014

Deadline in de tijd	onderwerp	actor	
1-2-2015	Regulier proces van controle (met de normen uit dit PvA)	zorgaanbieder	
1-6-2015	Afronden jaarrekening proces	zorgaanbieder	

7 Procesafspraken voor 2015

Met dit plan van aanpak zetten partijen een grote stap naar meer transparantie en soliditeit van de sector. Een aantal zaken moeten nader worden uitgewerkt en zullen structureel overleg noodzakelijk maken. Hierdoor kunnen problemen worden voorkomen die anders in latere jaren opnieuw kunnen cumuleren tot een audit alert. Deze kalender bevat de volgende onderwerpen:

a) **Voorkomen van audit alerts in de toekomst – gemeente en justitie**

De accountants en instellingen wijzen op een groot risico over 2015 voor wat betreft gemeenten en een deel rondom afspraken met Justitie.

Afspraak is dat VWS dit op korte termijn actief onder de aandacht van gemeenten en Justitie brengt met het verzoek dat Justitie en VNG het overleg met partijen hierover aangaan.

b) **Nieuwe regels vooraf toetsen op haalbaarheid en werkbaarheid**

Een belangrijk deel van de in dit plan van aanpak beschreven problematiek ontstaat doordat regels zijn doorgevoerd zonder dat partijen de administratieve en declaratieconsequenties hiervan altijd goed hebben doorzien.

Partijen spreken af dat zij in het voorjaar van 2015 zullen afspreken hoe adequate en regelmatige aandacht hiervoor (met betrokkenheid van NZa, ZINL, GGZ Nederland, ZN en NBA) bij het opstellen en communiceren van regels beter kan worden geborgd, waarbij beoordeeld wordt op welke wijze ook aansluiting kan worden gezocht bij al bestaande overleggen en/of in hoeverre deze moeten worden aangepast.

c) **Opstellen AO/IC-protocol en versnelling declaratieproces**

Aanbieders en verzekeraars zullen (met betrokkenheid vanuit VWS en NZa):

- Voor eind maart 2015 afspraken maken betreffende de administratieve organisatie en interne controle van instellingen, en deze vastleggen in een landelijk AO/IC protocol. De afspraken uit dit protocol kunnen formeel pas gelden voor de DBC's die worden geopend in 2016 en daarna, maar zal naar verwachting ook voor een belangrijk deel op 2015 van toepassing kunnen zijn.
- daarbij zullen ook afspraken worden gemaakt over de versnelling van het declaratieproces en het versnellen van het proces van materiële controle door verzekeraars (in de structurele situatie).

Door de betrokken partijen zijn uitgangspunten beschreven met betrekking tot de omzetverantwoording in de ggz. Deze zijn opgenomen in de bijlage. In een andere bijlage zijn processtappen voor wetgeving en controle beschreven. Deze bijlagen kunnen bij het hiervoor genoemde overleg over een AO-IC protocol voor worden gebruikt als startdocumenten.

Nadere toelichting NZa

- Onderlinge afspraken over versnellingen van de controles van zorgverzekeraars kunnen natuurlijk altijd gemaakt worden en zullen zeker bijdragen aan sneller meer zekerheid krijgen over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de declaraties.

- Deze versnelling / verkorting mag echter niet verward worden met de termijnen die gelden om gesignaleerde onzekerheden en onjuistheden ook met terugwerkende kracht dan uit te zoeken en eventueel te corrigeren.
- De wettelijke terugvorderingstermijn van geconstateerde fouten is vijf jaar, wat niet hetzelfde is dat controles vijf jaar na declaratie nog worden opgestart. Ter illustratie een gesignaleerde onjuistheid (bijvoorbeeld geconstateerd 4 vier maanden na declaratie) kan door de zorgverzekeraar samen met de instellingen ook over t -1 t/m t-5 voor dezelfde fout dan worden uitgezocht en gecorrigeerd.

d) Gepast gebruik

Verzekeraars hebben de verplichting om gedeclareerde zorg te controleren op 'gepast gebruik' op basis van het verzekerde pakket van dat jaar. Dit is van belang omdat de verzekerde vanuit het perspectief van dat schadelastjaar de premie voor zijn basisverzekering heeft betaald. Dat wil zeggen dat zij met een voldoende mate van betrouwbaarheid en nauwkeurigheid moeten kunnen vaststellen dat:

- de gedeclareerde zorg van dat schadelastjaar conform de stand der wetenschap en praktijk is geleverd;
- de verzekerde redelijkerwijs op die zorg was aangewezen (dit is een geïndividualiseerde norm die voortkomt uit de Zvw;
- de gedeclareerde zorg daarom rechtmatig ten laste van de basisverzekering van dat jaar mag worden gebracht.

Om de risico's rond de omzetbepaling die verband houden met de controles door verzekeraars op 'gepast gebruik' adequaat te kunnen beheersen, zullen zorgaanbieders een voor de accountant toetsbaar werkproces voor het toepassen van gepast gebruik inrichten. Over de contouren hiervan zullen zorgaanbieders in het voorjaar van 2015 landelijke afspraken maken met verzekeraars. Op deze wijze worden bij de zorgaanbieders vooraf voldoende (door de accountant objectief toetsbare) waarborgen ingebouwd dat zij geen behandeling als basisverzekerde zorg declareren als die niet voldoet aan de normen voor gepast gebruik.

Zorgaanbieders zullen deze werkprocessen vervolgens ook vastleggen in de eigen AO/IC procedures van de instelling om daarmee ook het proces van interne controle te versterken en te ondersteunen (zie 7c). De naleving van dit werkproces wordt zowel in het kader van de interne controle (door de IC functionaris), als in het kader van de externe controle (door de accountant) getoetst.

Zorginstellingen en zorgverzekeraars maken verder afspraken met elkaar hoe zij van elkaar kunnen leren rond het thema gepast gebruik (ook op landelijk niveau).

Nadere toelichting NZa:

- Er bestaan nog wel eens wat misverstanden over de reikwijdte van controles op het gebied van gepast gebruik door zorgverzekeraars. Vaak wordt gedacht dat de uitkomsten van deze controles alleen toekomst gerichte effecten hebben en geen terugwerkende kracht financiële consequenties over de verstreken periode. In algemene zin (dat wil zeggen grotendeels) is die stelling juist. Er zijn echter uitzonderingen mogelijk. Deze betreffen o.a.: de controle op de verwijzing. Deze controles vallen óók onder het begrip Gepast Gebruik en betreffen dan de verstreken periode.
- Rechtmatigheidsovertreding die vanuit benchmarking (praktijkvariatie) en uiteindelijk voortgezet detailonderzoek aan het licht zijn gekomen, maar dan wel met

terugwerkende kracht gecorrigeerd moeten worden. Dit betreft dan alleen het deel dat de norm van de praktijk overstijgt.

- Financiële afwikkeling van contractafspraken: de Q (rechtmatigheid) wordt niet aangepast maar wel de P. Dit heeft dan ook een achteraf financieel effect.

Het is aan de ggz-instellingen en de accountants van de ggz-instellingen om deze onzekerheden in te schatten. Het zal duidelijk zijn dat het kunnen steunen op de kwaliteit van de AO-IC procedures van de instelling (ook op medisch inhoudelijke zaken als stand van de wetenschap en indicaties) alsmede onderhandenwerk controles met contractafspraken en prognoses daarbij de belangrijkste steunpunten voor de accountant zijn.

e) Nadere afspraken inzake normering verwijsregistratie en hoofdbehandelaarschap

- **Gebruik triagetool bij verwijzingen**

Sommige verzekeraars stellen bij verwijzingen eisen aan (het gebruik van) een triagetool door de verwijzer. In dat licht zullen in het voorjaar van 2015 afspraken worden gemaakt tussen aanbieders en verzekeraars over hoe te handelen als de verwijzer bijvoorbeeld een triagetool niet heeft gehanteerd die door een verzekeraar bij de ontvangende partij wordt geëist.

- **De bedrijfsarts als verwijzer**

Er zal in het voorjaar van 2015 overleg plaatsvinden tussen aanbieders en verzekeraars in hoeverre en onder welke voorwaarden de in paragraaf 4.1.2 genoemde uniforme lijst met ingang van 2015 kan worden uitgebreid met de bedrijfsarts voor alle verzekeraars.

- **Norm verwijzing in 2015 bij overgang jeugd-volwassen**

Aanbieders en verzekeraars zullen overleggen om vóór 1 januari 2015 landelijke, uniforme afspraken te maken over de verwijsregistratie van jeugdigen die tijdens de behandeling 18 jaar worden en van de Jeugdwet naar de Zvw overgaan. Zie verder de toelichting in de bijlage.

- **Geldigheidsduur verwijzing – na aanvang ggz behandeling**

Aanbieders en verzekeraars zullen in het voorjaar van 2015 bezien of het mogelijk is op dit punt tot landelijke uniforme afspraken voor de toekomst te komen, langs de lijnen zoals beschreven in de bijlage.

- **Inhoud verwijzing bGGZ en gGGZ**

Bezien wordt of in de loop van 2015 door aanbieders en zorgverzekeraars afspraken mogelijk zijn over nadere specificeringen van de (invulling van de) eisen die aan de inhoud van de verwijzing kunnen worden gesteld. Reeds gesloten contracten voor 2015 worden daarbij gerespecteerd. In de bijlage zijn situaties benoemd waarin nadere specificeringen aan de orde kunnen zijn.

- **Financiering DBC's zonder hoofdbehandelaar met directe tijd**

Voor de ggz zal zo veel mogelijk aansluiting worden gezocht bij aanverwante ontwikkelingen op dit vlak bij de somatiek. In dat kader kan voor de ggz nader naar deze eis worden gekeken.

- **Patiënt wil na gedwongen behandeling de behandeling niet voortzetten terwijl dit medisch noodzakelijk is**

Er is in een dergelijke situatie geen grond voor een gedwongen behandeling, maar de behandeling moet wel worden geboden. Onderliggend hierbij zijn de specifieke context van het geval en de algemeen geldende kwaliteitsnormen uit de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen. In veel gevallen zijn ziekteverschijnselen van de patiënt (bijvoorbeeld achterdocht) een reden zich aan de behandeling (deels) te onttrekken en/of de behandelovereenkomst niet te accorderen maar te 'gedogen'. Deze situatie moet nader worden geanalyseerd. Aanbieders en verzekeraars overleggen in het voorjaar van 2015 hoe met deze situatie moet worden omgegaan in relatie tot de (verantwoording over de) betreffende DBC-declaraties.

f) Tekst voor in jaarrekening en/of toelichtende verklaring accountant

Vanuit de wet- en regelgeving en systematiek van financiering van de sector volgen ook een aantal inherente risico's. Hierover zullen de accountants een tekst opstellen die of in de jaarrekening van de instellingen wordt opgenomen en/of in de tekst van de accountsverklaring wordt opgenomen. De plaats en formulering in de controleverklaring zal mede afhankelijk zijn van de strekking van de controleverklaring (bijvoorbeeld met beperking dan wel goedkeurend met toelichtende paragraaf, etc.). Hiermee worden relevante stakeholders in voldoende mate op de hoogte gesteld.

Bijlagen

**bij plan van aanpak jaarrekeningen GGZ
(definitieve versie, 1 december 2014)**

Overzicht bijlagen:

Bijlage 1 toelichting uitgangspunten omzetverantwoording – inbreng ten behoeve van het overleg over een AO-IC protocol. Partijen binden zich nog niet aan deze tekst, maar deze zal als een van de startdocumenten dienen bij de uitwerking van het AO-IC protocol welke aanbieders en verzekeraars eind maart 2015 gaan opstellen. Deels bevat deze bijlage feitelijke beschrijvingen van bestaande regels en procedures.

Bijlage 2 Processtappen van wetgeving en controle – inbreng ten behoeve van het overleg over een AO-IC protocol. Partijen binden zich nog niet aan deze tekst, maar deze zal als een van de startdocumenten dienen bij de uitwerking van het AO-IC protocol welke aanbieders en verzekeraars eind maart 2015 gaan opstellen. Deels bevat deze bijlage feitelijke beschrijvingen van bestaande regels en procedures.

Bijlage 3a Toelichting bij het hoofdstuk over de verwijsregistratie

Deze bijlage bevat ten eerste een beschrijvende toelichting over de achtergrond van de afspraak over spoedzorg uit het hoofdstuk over de verwijsregistratie. Verder worden in deze bijlage aspecten benoemd die in de afgesproken vervolgoverleggen over (deelaspecten van) de verwijsregistratie aan de orde kunnen komen, zonder dat partijen zich hiermee binden aan een bepaalde uitkomst van die overleggen (of aan een bepaalde uitkomstrichting).

Bijlage 3b Lijst van verwijzers per verzekeraar 2013-2014 in de polisvoorwaarden

Deze bijlage geeft een louter informatief overzicht van wie er volgens de polisvoorwaarden van de verschillende verzekeraars in 2013 en 2014 verwijzer mogen zijn in de ggz.

Bijlage 4a Rekenvoorbeeld (onbedoelde) samenloop van enerzijds spelregels hoofdbehandelaar en anderzijds afspraak gemiddelde prijs

Dit is een toelichtend rekenvoorbeeld bij paragraaf 5.2 van hoofdstuk 5. Met de opname van dit rekenvoorbeeld in dit plan van aanpak, binden partijen zich op geen enkele manier aan een bepaalde uitkomst van overleg over dit onderwerp (of aan een bepaalde uitkomstrichting). Het is puur bedoeld om het betreffende, in paragraaf 5.2 beschreven punt nader toe te lichten.

Bijlage 4b WMG-overeenkomst 2012 en andere relevante teksten in relatie tot het hoofdbehandelaarschap

Deze bijlage geeft een louter informatief overzicht van wat er in de WMG-overeenkomst 2012 is opgenomen over het hoofdbehandelaarschap en bevat een relevante passage uit een notitie van Zorgverzekeraars Nederland die is ingebracht in het bestuurlijk overleg (voor de bestuurlijk akkoord partijen) van 11 april 2013 en tekstpassages uit een in dit kader relevante circulaire van Zorgverzekeraars Nederland van 2 juni 2009.

Bijlage 5 Instructie zelfonderzoek GGZ-aanbieders 2013

In aanvulling op de tekst uit het plan van aanpak, hoofdstuk 6. Deze bijlage heeft nog nadere uitwerking en afstemming met het accountantsprotocol van de NBA.

Bijlage 6 Rapportageformulier zelfonderzoek GGZ-aanbieders

Dit is een voorbeeldformulier dat in december 2014 nog nadere uitwerking en afstemming met het accountantsprotocol van de NBA heeft.

Bijlage 1

Toelichting uitgangspunten omzetverantwoording - inbreng ten behoeve van het overleg over een AO-IC protocol

Partijen binden zich nog niet aan deze tekst, maar deze zal als een van de startdocumenten dienen bij de uitwerking van het AO-IC protocol welke aanbieders en verzekeraars voor eind maart 2015 gaan opstellen. Deels bevat deze bijlage feitelijke beschrijvingen van bestaande regels en procedures.

1.1 Algemeen

- Algemene regel in het economisch verkeer is dat de administratie over en weer controleerbaar is en binnen een aantal nader te noemen jaren de controle ook heeft plaatsgevonden.
- Partijen nemen, met de toekomst voor ogen, de gehele keten van wetgeving, onderliggende regelgeving (waaronder registratie en verantwoording) en accountantscontrole onder de loep.
- Uitwerkingen zijn vastgelegd in de bijlagen behorend bij dit plan van aanpak.
- Het kost tijd om transities goed te verwerken binnen de totale keten (leren – ingroeien).
- Publieke regelgeving is zodanig dat er ook ruimte is voor weerbarstige praktijksituaties en uitzonderingen en daarmee voor iedereen (voor 100%) van toepassing is.
- Uiteindelijk zal achteraf altijd kunnen worden vastgesteld (op welke wijze dan ook) dat er sprake is van daadwerkelijk geleverde en rechtmatige zorg.
- Gedeclareerde zorg is rechtmatig als de geleverde zorg aan de gestelde voorwaarden in de Zvw/regeling zorgverzekering voldoet. Frauderisico's moeten zo klein mogelijk zijn. Daar waar opzet achter geconstateerde fouten zit (fraude) worden fraudeurs die toch door het systeem weten te komen aangepakt.
- Zorgverzekeraars voeren, mits toegestaan door de randvoorwaarden die zijn gesteld vanuit toezicht (NZa), hun gebruikelijke doelmatigheidscontroles door middel van vergelijkingen tussen instellingen uit. Deze onderzoeken zijn er op gericht om tot verbeterafspraken, voor de toekomst, te komen en dienen niet voor financiële correctie. De NZa zal op dit punt een verduidelijking geven.
- Er wordt aangesloten bij de algemene trend dat de wijze van controle en toezicht zich ontwikkelt naar procesgerichte beoordelingen / horizontaal toezicht (belastingdienst en IGZ) en dat nieuwe afspraken en werkwijzen daarop gericht moeten zijn.

1.2 Declaratieregels, inhoudelijke regels etc.

- Regels en normen die worden vastgesteld voor een schadelastjaar zijn van toepassing op de DBC's met een startdatum in dat betreffende jaar.
- Regels en normen zijn voor de aanvang van het contracteringsproces bekend en ruim voor de start van een nieuw schadelastjaar. Dit geldt voor alle betrokken partijen. In het kader van het bestuurlijk akkoord curatieve ggz is vastgesteld dat de verzekeraars hun inkoopcriteria voor jaar t+1 voor mei jaar t publiceren, de productstructuur voor jaar t+1 wordt medio mei van jaar t vastgesteld, het verzekerd pakket voor jaar t+1 op 1 juni van jaar t en alle regelgeving voor jaar t+1 moet op 1 juli van jaar t klaar zijn. De grote lijnen

van de (NZa-)regelgeving zijn al eerder gereed: medio februari is de productstructuur bekend (2^e go), medio mei alle wijzigingen in de regelgeving (3^e go).

- Regels en normen behoren ook een efficiënte bekostiging en financiering te bewerkstelligen en moeten geen onnodige administratieve lasten veroorzaken. Alle partijen streven naar regelarme zorg. In het kader van het bestuurlijk akkoord is er door partijen afgesproken te bezien op welke wijze de administratieve lasten voor de sector kunnen worden beperkt. Hier is door partijen onderzoek naar gedaan en zijn oplossingsrichtingen geformuleerd. De uitwerking van dit PvA past hierin.
- Bij de uitwerking van de (verantwoordings-)vraagstukken zijn publiekrechtelijke regelgeving en privaatrechtelijke afspraken verhelderd in normstelling voor de toekomst en waar nodig ook voor de oude jaren. Bij het terug kijken naar de oude jaren wordt geanticipeerd op deze normstelling.
- Adequate administratieve verantwoording van de metterdaad en conform de wet verrichtte zorg vindt altijd plaats in het dossier van de patiënt. De publieke regelgeving is bij een aantal vraagstukken als niet duidelijk ervaren. In die gevallen verduidelijkt de NZa dit in circulaires. Deze zijn waar mogelijk al verwerkt in dit plan.

1.3 Stand van wetenschap en praktijk

Het Zorginstituut bevordert de eenduidige uitleg van de te verzekeren prestaties op basis van de stand van de wetenschap en praktijk (verder genoemd: Stand van W&P).

Gedeclareerde zorg voldoet aan de formele vereisten zoals gesteld in wet- & regelgeving.

Gedeclareerde zorg past binnen de zorg welke vergoed wordt vanuit de basisverzekering (de verzekerde prestatie).

Gedeclareerde zorg (de interventie) moet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk.

- Dit is een dynamische norm (de omvang van het verzekerde pakket verandert wat inhoud betreft in de tijd) en vloeit voort uit de wet. De norm vloeit voort uit de Zvw en kan niet gewijzigd worden.
- Een zorgverlener mag alleen verzekerde zorg ten laste van het verzekerde pakket declareren. Zorgverleners baseren hun handelen doorgaans op hun richtlijnen, die gebaseerd op evidence based medicine (EBM). EBM en stand van W&P gaan beide over bewezen effectiviteit. Zorgverleners weten - op basis van hun professionaliteit en hetgeen beschreven is in hun richtlijnen - welke zorg evidence based is/voldoet aan de stand van W&P en wanneer daarover discussie bestaat.
- Het is primair de zorgverzekeraar die beslist of een bepaalde vorm van behandeling tot de verzekerde prestatie behoort. Het Zorginstituut kan gevraagd of ongevraagd daarover ook een standpunt innemen. Lang niet elke behandeling wordt dus door het Zorginstituut beoordeeld.
- Een standpunt van het Zorginstituut over de vraag of een bepaalde vorm van zorg tot het pakket behoort (duiding) is geen besluit in de zin van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) en is als zodanig dus niet bindend. Het heeft wel feitelijke en juridische betekenis. Het kan gezien worden als een gezaghebbend oordeel van een deskundige. Het vormt daarmee wel de basis voor de controle.
- Het Zorginstituut kan vaststellen dat bepaalde zorg niet aan de stand van W&P voldoet, zo'n uitspraak heeft daarmee ook betekenis voor het verleden. Het

Zorginstituut kan ook vaststellen dat bepaalde zorg vanaf een bepaalde datum wel of niet meer voldoet.

Drie voorbeelden:

- De uitspraak luidt dat de interventie op een bepaalde datum (*nog*) *niet* aan de stand van W&P voldoet en dat de interventie voor de datum van die uitspraak er ook niet aan voldeed (voor en na de datum geen verzekerde zorg).
- De uitspraak luidt dat de interventie vanaf een bepaalde datum (soms is daarbij rekening gehouden met een overgangstermijn i.v.m. met uitvoeringstechnische zaken) *niet meer* aan de stand W&P voldoet en vermeldt de datum waarop die uitspraak ingaat (voor datum wel en na datum geen verzekerde zorg).
- De uitspraak luidt dat de interventie vanaf een bepaalde datum wel aan de stand W&P, bijvoorbeeld nieuwe behandelingen die na een pilot of experiment worden toegevoegd (voor datum geen en na datum wel verzekerde zorg).

Gedeclareerde zorg moet voor de verzekerde redelijkerwijs zijn aangewezen (indicatie) (gepast gebruik). Dit is een geïndividualiseerde norm, die voortkomt uit de Zvw.

Gedeclareerde zorg mag geen kenmerken van misbruik en oneigenlijk gebruik bevatten. Citaat uit het rapport 'Onderzoek Zorgfraude, update maart 2014 van de NZa' (citaat is cursief afgedrukt):

“Van fraude in de zorg wordt gesproken indien er sprake is van opzettelijk gepleegde onrechtmatige feiten, die ten laste komen van voor de zorg bestemde middelen. Bij fraude moet voldaan zijn aan de volgende elementen:

- *(financieel) verkregen voordeel;*
- *overtreden van declaratieregels;*
- *opzettelijk en misleidend handelen.*

Vanuit het perspectief van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG), en dus de NZa, is opzettelijkheid minder relevant. Een (betaling van een) rekening moet juist zijn, dus conform de wet- en regelgeving (rechtmatig).”

Het betreft hier de declaratieregels die de overheid heeft vastgelegd.

1.4 Termijnen voor controle

Controletermijnen voor zorgaanbieders

- In de omzetverantwoording van zorgaanbieders wordt onderscheid gemaakt naar het jaar waarin de zorg is gestart (verder genoemd: jaarlagen):
 - Zorgtrajecten die starten vanaf 1-1-2016.
 - Verantwoording over de FB jaren (geopende trajecten t/m 2012).
 - DBC verantwoording met representerend verzekeraar (geopend in 2013).
 - Volledige DBC verantwoording per verzekeraar (geopend in 2014 en 2015).
- Per jaarlaag zijn / worden de controles uitgevoerd in het voorjaar van t+1. Onjuistheden die uit deze controles naar voren komen dienen door de instelling ongeacht de omvang te worden gecorrigeerd. Hierbij dienen ook eventueel systematisch gemaakte fouten tot vijf jaar terug te worden gecorrigeerd.

- Het is gebruikelijk dat de omzetverantwoording per jaarlaag voorzien is van een controleverklaring van de accountant van de instelling. De omzetverantwoordingen worden voorafgaand en separaat opgesteld van de jaarrekening van de instelling. De controleverklaring bij de omzetverantwoording geeft zekerheid aan de gebruikers:
 - NZa voor het vaststellen nacalculatie (tot en met 2013)
 - zorgverzekeraars voor hun controle van de declaratiestromen.

Controletermijnen voor zorgverzekeraars

- De termijnen voor de zorgverzekeraars voor de controle van de declaratiestromen (formele controle, materiele controle, gepast gebruik en misbruik & oneigenlijk gebruik) zijn gebaseerd op uiterste indiening van de verantwoordingen in het kader van de risicoverevening. De uiterste termijn van indiening is 1 mei t+3. Een groot deel van de controles zal door de zorgverzekeraars ruim voor de uiterste indieningstermijn al zijn uitgevoerd. Met name controles die gebaseerd zijn op benchmarking en signalen kunnen echter gedurende de hele periode tot aan april t + 3 door de zorgverzekeraars worden uitgevoerd en de uitkomsten daarvan worden meegenomen in de verantwoordingen risicoverevening. De NZa houdt toezicht dat de zorgverzekeraars zich op dit punt voldoende hebben ingespannen.
- Daarnaast geldt ook voor zorgverzekeraars de wettelijke termijn dat op enig moment geconstateerde onjuistheden op hun systematische aard (tot vijf jaar terug) moeten worden uitgezocht en eventueel gecorrigeerd.

Bijlage 2

Processtappen van wetgeving en controle - inbreng ten behoeve van het overleg over een AO-IC protocol

Partijen binden zich nog niet aan deze tekst, maar deze zal als een van de startdocumenten dienen bij de uitwerking van het AO-IC protocol welke aanbieders en verzekeraars voor eind maart 2015 gaan opstellen. Deels bevat deze bijlage feitelijke beschrijvingen van bestaande regels en procedures.

Deze stappen zijn gebruikt voor de gesprekken in het plan van aanpak. Deze waren zeer verhelderend. Deze bijlage zal als een van de startdocumenten dienen bij de uitwerking van het AO-IC protocol welke aanbieders en verzekeraars eind maart 2015 gaan opstellen.

De uitkomsten van de hieronder uitgewerkte processtappen worden verwerkt in een landelijk convenant tussen ketenpartijen ten behoeve van de interne controle door zorgaanbieders (alsmede in hun interne controleplannen), verzekeraars en accountants. Daar waar van toepassing moet dan ook een doorvertaling worden gemaakt in de regelgeving van de NZa ten aanzien van de controle op verzekeraars.

Processtappen:

1. Wetgeving (VWS stelt de wet op)

Op basis van de wet kunnen algemene maatregelen van bestuur en/of ministeriële regelingen worden vastgesteld. Op grond van de wet marktordening gezondheidszorg kan de minister van VWS de NZa aanwijzingen geven om beleidsregels en nadere regels op te stellen. Soms zijn aanwijzingen van de minister een verplichte voorwaarde voor de NZa om regels op te kunnen stellen dan wel aan te kunnen passen (art 59 WMG). De wet ziet ook toe op een effectief en efficiënt zorgsysteem. Dat betekent dat de administratieve lasten in verhouding moeten staan met de regels waar ze voor staan.

2. Onderliggende regelgeving (NZa stelt beleidsregels en nadere regels vast)

Aldus kunnen door de NZa ook declaratieregels worden vastgesteld. Deze bevatten de formele vereisten waaraan een declaratie moet voldoen.

- a. Door de NZa kunnen – daar waar nodig en gewenst – met betrekking tot specifieke declaratievereisten verfijningen (c.q. uitbreidingen) in de te gebruiken declaratiecodes worden aangebracht. Deze verfijnde codering/ extra codes moeten er in voorzien dat de verantwoordingsmogelijkheden op de factuur (in relatie tot dat declaratievereiste) zo veel mogelijk rekening houden met de verschillende categorieën omstandigheden waaronder de betreffende basiszorg in de praktijk (conform de Zvw) wordt geleverd/ van start gaat. Deze (extra) codes worden door de zorgaanbieder geregistreerd zodat de omvang en aard zichtbaar is.
- b. Daar waar kan worden aangetoond dat bij het leveren van basiszorg structureel – vanwege de aard van het zorgproces in de ggz en/of vanwege karakteristieken van een beperkt deel van de ggz-cliënten – niet in alle gevallen aan een (specifieke) declaratievereiste kan worden voldaan (ook niet als gewerkt wordt met de hiervoor genoemde verfijnde codering), moet de declaratieregels zodanig worden aangepast dat er – onder voorwaarden – bij de declaratie een uitzondering op de hoofdregel kan

worden toegepast. (Zoals gezegd moet naar de aard van de geleverde zorg er hierbij wel nog steeds sprake zijn van zorg conform de Zorgverzekeringswet.)

Declaratie van deze zorg kan dan toch plaatsvinden, mits:

- i. daarbij expliciet op de declaratie wordt aangegeven dat niet aan de betreffende hoofdregel kan worden voldaan c.q. dat de uitzonderingsoptie aan de orde is; dat betekent dat de regelgeving in een declaratiecode moet voorzien, waarmee dat expliciet op de declaratie kan worden aangegeven.
- ii. in overleg met vertegenwoordigers van zorgaanbieders, zorgverzekeraars, accountants, het Zorginstituut Nederland en de zorgautoriteit (NZa) moeten specifieke administratieve criteria voor de zorgaanbieder worden vastgesteld, aan de hand waarvan (door de accountant en de verzekeraar) kan worden vastgesteld dat de uitzonderingsoptie aan de orde is en aan de hand waarvan de betreffende aanbieder in de eigen administratie te allen tijde moet kunnen aantonen/ verantwoorden, dat:
 - o ondanks dat niet aan de declaratiehoofdregel wordt voldaan er toch sprake is van basiszorg die rechtmatig vergoed kan worden door de verzekeraar;
 - o er valide redenen zijn dat niet aan de declaratiehoofdregel wordt voldaan en welke redenen dat zijn;

In feite wordt het hiermee dus mogelijk gemaakt dat zorgaanbieders op een andere manier verantwoorden dat zij aan een specifieke declaratieregel voldoen, dan via de coderingen op de factuur.

3. Doorvertaling in de NZa-regels en -richtlijnen voor de controle door verzekeraars
Waar hogere regelgeving ruimte laat voor vaststelling van de declaratieregels langs de beschreven lijnen, wordt dit vastgelegd in de declaratieregels en het AO-IC protocol. Waar nodig en mogelijk moet de (reeds bestaande) ruimte worden geëxpliciteerd en verduidelijkt (indien nodig in de regelgeving zelf). In elk geval dient deze (reeds bestaande) ruimte expliciet zijn weerslag te krijgen in de eisen die de NZa stelt aan de formele- en materiële controle door verzekeraars. Verzekeraars kunnen hun administratie- en controlesystemen hierop inrichten. Hiermee is het voor alle partijen helder wat de ruimte is.

Aanbieders verzamelen groepen van 'DBC's met uitzonderingscodes'. Deze declaraties worden pas nadat het jaar is afgesloten en de verklaring van de accountant bij de opbrengstverrekening is afgegeven verwerkt.

4. Implementeren

Alle partijen hebben tijd nodig om wijzigingen in regelgeving in hun systemen en processen door te voeren. In principe worden regels door de NZa een half jaar voor inwerkingtreding vastgesteld. Bij een stapeling van wijzigingen of bij wijzigingen die relatief zwaar ingrijpen op zorg(logistische) processen en/of de administratieve organisatie van een instelling, kan deze termijn worden verlengd. Het moet van geval tot geval worden bekeken of een langere periode tussen het vaststellen van de beleidsregels en de inwerkingtreding redelijk is.

Besluitvorming over deze zaken moet bij de invoering van nieuwe regels plaatsvinden. Steeds moet bekeken worden wat een goed stappenplan/invoeringstraject is dat rekening

houdt met de complexiteit van de invoering. Voor de start van nieuwe regelgeving wordt met veldpartijen in processtappen het hele proces van regelgeving t/m declaratie en controle doorlopen, zodat regelgeving wordt doorgevoerd op zo'n manier dat dit technisch haalbaar is en niet achteraf tot grote problemen kan leiden in relatie tot het declaratieverkeer en/of de jaarverantwoording.

De NZa toetst nieuwe regels nu al bij veldpartijen. Dit zal explicieter met een procesbeschrijving gaan plaatsvinden.

5. Registreren

De zorgaanbieder registreert gedurende het jaar conform de regelgeving (VWS, NZa), afspraken (verzekeraars) en de van toepassing zijnde protocollen. Alle daadwerkelijk geleverde en verzekerde zorg is in het dossier van de patiënt terug te vinden.

6. Interne controle

De aanbieder voert interne controles uit op de registratie alvorens individuele facturen naar verzekeraars te sturen.

7. Accountantscontrole

De accountant besteedt bij de facturatiecontrole expliciet en separaat aandacht aan de hiervoor genoemde declaraties die niet aan de declaratiehoofdregels kunnen voldoen. Hierop voert hij een aparte controle uit op basis van een 'agreed upon procedures'-onderzoek. Op basis van de uitkomsten brengt de accountant een rapport met bevindingen uit. Daarin staat onder andere welke aantallen DBC's dit betreft en welke omzet hiermee gemoeid is en of en hoe aan de betreffende administratie-eisen wordt voldaan.

Het proces moet zodanig worden ingericht dat in de basis de AO/IC op orde is en de interne controle van de instelling en de externe controle van de accountant dat adequaat toetsen. Dit betekent dat partijen (zorgaanbieders en verzekeraars) er zich aan committeren een convenant AO/IC met bijbehorend protocol op te stellen, waarin de randvoorwaarden AO/IC worden beschreven en de verschillende rollen in de controle van dat proces worden vastgelegd.

De accountant voert de controle op de jaarrekening uit én op de facturering aan verzekeraars. De facturatiecontrole dient nader te worden geregeld in een convenant met bijbehorend protocol. Doelstelling is dat hiermee de controle in de keten zodanig wordt geregeld dat hiermee een situatie van horizontaal toezicht mogelijk wordt, en de controle-inspanningen van de verzekeraars beperkt kunnen blijven mits sprake is van positieve uitkomsten van de controles door de accountants. De controle-aanpak is de primaire verantwoordelijkheid van de accountant en kan onder meer bestaan uit een mix van systeemgerichte controles, deelwaarnemingen en/of steekproeven. De accountant is zelfstandig verantwoordelijk voor het uitvoeren van voldoende werkzaamheden ter verkrijging van een redelijke mate van zekerheid dat de gedeclareerde zorg juist is gedeclareerd. De accountant zal bij zijn controle in principe zoveel mogelijk steunen op de interne controlemaatregelen van de zorgaanbieder. De accountant zal bij zijn controle-aanpak gebruik maken van de bevindingen van de facturatiecontroles en aanvullende werkzaamheden verrichten die voor het oordeel over de jaarrekening noodzakelijk zijn.

8. Controle door zorgverzekeraars

De uit te voeren controlewerkzaamheden door verzekeraars zijn onder te verdelen naar wettelijke taken, eigen verantwoordelijkheden betreffende naleving van gemaakte contractuele afspraken en activiteiten naar aanleiding van externe signalen van toezichthouders.

- **Wettelijke taak**

Zorgverzekeraars blijven verantwoordelijk voor de uitvoering van hun wettelijke taak. Deze taak omhelst vanuit controleperspectief de volgende elementen:

- Vaststellen dat ingediende declaraties aan de formele vereisten voldoen. Deze controles zijn direct bij binnenkomst bij de verzekeraar, dan wel binnen redelijke termijn uit te voeren. Aanbieders worden geïnformeerd indien ingediende declaraties niet aan de vereisten voldoen. De ingediende declaratie komt niet in aanmerking voor vergoeding vanuit de basisverzekering.
- Vaststellen dat de gedeclareerde zorg aan de stand van Wetenschap & praktijk voldoet, dat de gedeclareerde zorg redelijkerwijs is aangewezen en geen kenmerken van misbruik & oneigenlijk gebruik bevat. Deze worden onder andere uitgevoerd aan de hand van spiegel/datamining. Zorgverzekeraars maken spiegels waarbij onder andere met de volgende aspecten rekening gehouden kan worden:
 - gebaseerd zijn op alle beschikbare data per schadejaar,
 - data wordt gecorrigeerd met persoonskenmerken
 - data groeperen naar type instellingen

Op basis van de spiegel zullen een aantal zorgaanbieders opvallen / afwijken van de gemiddelde lijn. De zorgverzekeraar zal het gesprek met de zorgaanbieder aangaan om inzicht te verkrijgen in de geconstateerde afwijking. Afhankelijk van de uitkomsten is de zorgverzekeraar genoodzaakt om nader onderzoek uit te voeren, waarbij het Protocol opgesteld door de NZa bepalend is in de diepgang van de uit te voeren werkzaamheden. De uitkomsten van dit onderzoek bepalen of er wel of geen sprake is van onrechtmatig gedeclareerde zorg, en of er wel of geen financiële verrekening van ingediende en vergoede zorg moet plaats vinden.

De doorlooptijd van deze controles hangt af van de doorlooptijd van de declaraties. Dit betekent dat een zorgverzekeraar deze controles pas kan uitvoeren als alle declaraties over een bepaald schadejaar zijn ontvangen. De uitkomsten van deze controles kunnen leiden tot terugvordering van al uitgekeerde bedragen, als achteraf toch blijkt dat de ingediende en vergoede declaratie niet aan genoemde aspecten voldoet en dus niet voor vergoeding vanuit de Basisverzekering in aanmerking komt. Alle reeds gedeclareerde zorg, welke achteraf niet voldoet aan de vanuit publieke regelgeving gestelde vereisten, wordt teruggevorderd. De zorgverzekeraar past bij het vaststellen van de financieel terug te vorderen bedrag geen fouttolerantie toe. Dit is volgens de richtlijnen gesteld aan de zorgverzekeraar niet mogelijk (Protocol NZa).

- Voor de verantwoordingsdocumenten voor de risicoverevening gelden strengere eisen. Zie controleprotocol NZa.
- **Eigen verantwoordelijkheid betreffende naleving gemaakte afspraken**
Naast haar wettelijke taak zal de zorgverzekeraar controleren dat de aanbieder zich aan de gemaakte (contractuele) afspraken houdt. De doorlooptijd van de controle is

afhankelijk van de gemaakte afspraken. Zo kan de naleving van plafonddafspraken pas plaatsvinden nadat het betreffende schadejaar is uit gedeclareerd.

- Activiteiten naar aanleiding van externe signalen
Tot slot kunnen er controles door zorgverzekeraars plaats vinden naar aanleiding van signalen van toezichthoudende partijen.

Bijlage 3a

Toelichting bij hoofdstuk over verwijsregistratie

Deze bijlage bevat ten eerste een beschrijvende toelichting over de achtergrond van de afspraak over spoedzorg uit het hoofdstuk over de verwijsregistratie. Verder worden in deze bijlage aspecten benoemd die in de afgesproken vervolgoverleggen over (deelaspecten van) de verwijsregistratie aan de orde kunnen komen, zonder dat partijen zich hiermee binden aan een bepaalde uitkomst van die overleggen (of aan een bepaalde uitkomstrichting).

Toelichting bij Spoedzorg

Dit geldt alleen voor ernstige situaties waar voor de start van de behandeling – om zorginhoudelijke redenen – niet op een verwijsbrief kan worden gewacht, terwijl er geen sprake is van crisiszorg. Dan wordt niet voor een crisis-DBC gekozen omdat deze beperkt wordt tot instellingen die een contract hebben voor de 24/7 crisisdienst en omdat het hier – zoals aangegeven – ook niet om crisiszorg gaat. Ook is een crisis-DBC niet doelmatig vanwege de beschikbaarheidscomponent (toeslag op het tarief) voor de crisis-DBC.

Toelichting bij Overgang Jeugdwet – Zvw zorg

Het is van belang om behandelingen door te zetten en af te ronden als de patiënt 18 jaar wordt. Vraag is of een melding aan de huisarts hier ook kan volstaan of dat voor een deel andere acties nodig zijn. Dit moet – zoals gezegd – onderwerp zijn van verdere bespreking in de maand december 2014.

Indien er geen uitwerking heeft plaatsgevonden dan is als rechtsgeldige verwijzing in ieder geval degene die doorlopen vanuit een verwijzing door de huisarts.

Deze situaties omvatten een aantal aspecten:

- Jeugdzorg is breder dan alleen de ZVW. Alleen zorg die onder de Zvw valt kan bij patiënten van 18 jaar en ouder ten laste van de Zvw worden gebracht.
- Deel is verwezen door huisarts en zou daarmee doorlopend een geldige verwijzing hebben (zie hoofdregel NZa)
- Deel is afkomstig van andere verwijzers waar nog specifiek een actie op zou moeten zitten.

Toelichting bij Geldigheidsduur verwijzing – na aanvang ggz behandeling

Bezien zal worden of het mogelijk is tot uniforme afspraken voor de toekomst te komen over de geldigheidsduur van de verwijzing na aanvang van de ggz-behandeling. Daarbij kan worden bezien of een afspraak langs de volgende lijnen kan worden gemaakt:

Er is een inhoudelijke reden om periodiek in overleg met de huisarts te bezien of voortzetting van behandeling nog noodzakelijk is. De huisarts kan dit uit zichzelf doen en zal in de meeste gevallen de betreffende patiënten periodiek zien voor zowel de somatische- als ggz problematiek. De huisarts kan hier keuzes in maken. Een aantal verzekeraars zijn voornemens om afspraken te maken dat na een bepaalde periode er een nieuwe verwijzing nodig zou zijn. Ook hiervoor is het zinvol een gemeenschappelijke lijn af te spreken omdat handhaving per verzekeraar op dit soort punten onnodige administratieve lasten geeft.

Een deel van de patiënten is korter dan 1 jaar in behandeling. Een ander deel langer dan 1 jaar. Een beperkt deel van de patiënten langer dan 2 jaar. Hier is dit met name voor bedoeld.

Vaak vindt er al een periodieke rapportage aan de huisarts plaats. De ggz-instelling zou standaard elke 12 maanden een (digitale) voortgang over doel en (vervolg)behandelplan aan de huisarts van de patiënt kunnen gaan sturen. De huisarts kan hier een terugkoppeling op geven aan de aanbieder. Het gros van deze patiënten in de ggz komt regelmatig bij de huisarts. Dit ondersteunt de huisarts in zijn regierol zoals die is bedoeld in de zorgsector. Dit is aantoonbaar in het dossier van de patiënt en dit zou dan als een geldige verwijzing bij declaratie van een vervolg-DBC kunnen gelden.

Toelichting bij inhoud van de verwijzing bGGZ of gGGZ

Verzekeraars en aanbieders zullen uiterlijk op 1 december 2014 afspraken maken over of, hoe en in welke mate verzekeraars zullen handhaven op de contractafspraken die voor 2014 zijn gemaakt ten aanzien van:

- de gerichtheid van de verwijzing (naar bGGZ of gGGZ) en
- het vermelden van een vermoeden van stoornis in de verwijzing.

Deze afspraken zullen zodanig zijn dat op basis hiervan helderheid zal worden verkregen ten behoeve van de jaarrekening 2014. In elk geval over de volgende situaties zullen specifieke afspraken moeten komen:

1. patiënt is onduidelijk verwezen (bGGZ of gGGZ). Behandelaar vindt het na diagnose bGGZ.
2. patiënt is onduidelijk verwezen (bGGZ of gGGZ) Behandelaar vindt het na diagnose gGGZ.
3. patiënt is duidelijk verwezen naar de gGGZ, maar is bGGZ;
4. patiënt is duidelijk verwezen naar de bGGZ maar gedurende de behandeling is het gGGZ.

Bijlage 3b. Lijst van verwijzers per verzekeraar 2013-2014 in de polisvoorwaarden (louter informerende bijlage)

	2013		2014	
	<i>ELP</i>	<i>Specialistische GGZ</i>	<i>BGGZ</i>	<i>Specialistische GGZ</i>
Achmea	Huisarts Bedrijfsarts Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Specialist Ouderengeneeskunde Arts verstandelijk gehandicapten Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist Specialist Ouderengeneeskunde Arts verstandelijk gehandicapten Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist Specialist Ouderengeneeskunde Arts verstandelijk gehandicapten Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)
VGZ	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)
CZ	Niets over kunnen terug kunnen vinden bij partijen.	Niets over kunnen terug kunnen vinden bij partijen.	Huisarts Bedrijfsarts	Huisarts Bedrijfsarts Specialist Ouderengeneeskunde Arts verstandelijk gehandicapten Psychiater Arts voor Jeugdgezondheidszorg (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)

Menzis	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ) <i>uitzondering: spoedeisende zorg</i>	Huisarts <i>Uitzondering: spoedeisende zorg</i> (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bij opname ook psychiater of klinisch psycholoog <i>Uitzondering: spoedeisende zorg</i> (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)
DSW	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ) <i>uitzondering: Acute zorg</i>	Huisarts Bedrijfsarts (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ)	Huisarts Bedrijfsarts Medisch specialist (Jeugdigen: indicatiebesluit BJZ) <i>uitzondering: Acute zorg</i>

Bijlage 4a

Rekenvoorbeeld (onbedoelde) samenloop van enerzijds spelregels hoofdbehandelaar en anderzijds afspraak gemiddelde prijs

Deze bijlage bevat een toelichtend rekenvoorbeeld bij paragraaf 5.2 van hoofdstuk 5 van het plan van aanpak. Met de opname van dit rekenvoorbeeld in dit plan van aanpak, binden partijen zich op geen enkele manier aan een bepaalde uitkomst van overleg over dit onderwerp (of aan een bepaalde uitkomstrichting). Het is puur bedoeld om het betreffende, in paragraaf 5.2 beschreven punt nader toe te lichten.

Een gestileerd voorbeeld met angststoornissen en tarieven NZa, zonder tariefkortingen:

Angststoornissen (tarievenlijst NZa)

237 Angst - vanaf 250 tot en met 799 minuten	€ 1.248,94 (kort)
194 Angst - vanaf 6.000 tot en met 11.999 minuten	€ 15.692,35 (lang)

-Stel productieafpraak 1.500 kort en 500 lang

Kort: 1.500*1248,94 geeft 1.873.410

Lang: 500*15692,35 geeft 7.846.175

2.000*4859,79 geeft 9.719.585

Afspraak gemiddelde prijs per DBC: 4859,79

-Stel 1/3 van de korte DBC's (deels vervolg DBC's) voldoet niet aan de vereisten (bijv. aspect directe tijd hoofdbehandelaar) dan wordt de af te rekenen productie:

Kort: 1000*1248,94 geeft: 1.248.940 (korting: 624.470)

Lang: 500*15692,35 geeft: 7.846.175

Totaal af te rekenen: 9.095.115 geeft gemiddelde prijs DBC: 6063,41

Extra korting op basis van afspraak gemiddelde prijs per DBC:

1500(6063,41-4859,79) is 1500*1203,62: 1.805.430*

Toelichting: De totale korting bedraagt door de samenloop van enerzijds spelregels hoofdbehandelaar en anderzijds afspraak gemiddelde prijs: 2.429.900 op een omzet van 9.719.585 is 25%, terwijl de facto 6,4% van de omzet werd afgekeurd door vereiste directe tijd.

Bijlage 4b

Deze bijlage geeft een louter informatief overzicht van wat er in de WMG-overeenkomst 2012 is opgenomen over het hoofdbehandelaarschap, bevat een relevante passage uit een notitie van ZN die is ingebracht in het bestuurlijk overleg (voor de bestuurlijk akkoord partijen) van 11 april 2013 en tekstpassages uit een in dit kader relevante circulaire van ZN van 2 juni 2009.

Tekst uit WMG-overeenkomst 2012, artikel 1h:

Specialistische GGZ: Diagnostiek en specialistische behandeling van complexe psychische aandoeningen. Het hoofdbehandelaarschap van 2de lijn GGZ zorg, zoals door de instelling wordt geleverd, dient te worden vervuld door een BIG-geregistreerde psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Voor het deelgebied psychogeriatrische stoornissen komt tevens de klinisch geriater, werkzaam binnen een GGZ-instelling, in aanmerking voor het hoofdbehandelaarschap;

In de toelichting hierbij:

In artikel 1 lid h wordt bepaald dat het hoofdbehandelaarschap van door de instelling geleverde 2de lijn GGZ zorg is voorbehouden aan een BIG-geregistreerde psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Voor het deelgebied psychogeriatrische stoornissen komt tevens de klinisch geriater, werkzaam binnen een GGZ-instelling, in aanmerking voor het hoofdbehandelaarschap.

In bepaalde gevallen en onder strikte voorwaarden kan binnen de instelling een GZ-psycholoog, een psychotherapeut en een arts-assistent in opleiding tot psychiater de rol van hoofdbehandelaar vervullen. De voorwaarden hierbij zijn:

- Betrokkene beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om het hoofdbehandelaarschap op een verantwoorde wijze in te vullen; zulks ter beoordeling van de GGZ-instelling.
- Betrokkene functioneert binnen de GGZ-instelling in een gestructureerd multidisciplinair overleg waarbij tenminste ook een psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog betrokken is en waarbinnen op casusniveau de differentiaal diagnostische mogelijkheden en de behandelmogelijkheden worden besproken. Onder dezelfde voorwaarden kan ook een verslavingsarts binnen een verslavingsinstelling als hoofdbehandelaar optreden.

Relevante passage uit ZN-notitie t.b.v. bestuurlijk overleg

Uit Notitie ZN: "Toelichting ZN op knelpuntenanalyse GGZ Nederland – NVVP – MEERGGZ", t.b.v. Bestuurlijk Overleg 11-4-2013 BA-partijen,

In punt 7 van deze notitie wordt een door GGZ Nederland, NVVP en MEER GGZ benoemd knelpunt genoemd. Citaat: *"Er is een ongenueanceerde en verschillende blik van zorgverzekeraars op het hoofdbehandelaarschap. De zorgverzekeraars lopen hier op de zaken vooruit. We wachten op de veldnorm van het IGZ, zoals afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord. Strengere invulling vraagt een overgangstermijn, maar ook over gezamenlijk geformuleerde doelen hoe het anders zou moeten. Voor de meeste organisaties en waarschijnlijk ook opleidingen betekent het een omschakeling en toewerken naar voldoende gekwalificeerd personeel."*

De reactie van ZN hierop luidt (citaat): *“Zorgverzekeraars hebben naar aanleiding van de afspraken uit het bestuurlijk akkoord Toekomst GGZ 2013 -2014 (en de casus Europsyche), anticiperend op de herinrichting van het GGZ landschap vanaf 2014, het beleid ten aanzien van het hoofdbehandelaarschap in het representatiemodel 2013 aangescherpt en vastgelegd inde WMG-overeenkomst 2013.*

Sinds 2013 komt de GZ-psycholoog en de psychotherapeut daarin niet meer voor. Verzekeraars zijn van mening dat zij zelf eisen mogen stellen bij het ontbreken van veldnormen. Nu er binnen de partijen van het akkoord zoveel weerstand is, vanwege de late bekendmaking in december en dat partijen zich niet hebben kunnen voorbereiden en vanwege de consultatie door de IGZ over het hoofdbehandelaarschap in de specialistische GGZ en de invoering van de basis-GGZ per 2014 hebben de verzekeraars nog eens naar dit punt gekeken. Vanwege het belang van de zorgvraagzwaarte voor de verzekeraars, zijn verzekeraars daarom bereid om rond dit hoofdbehandelaarschap een gebaar te maken. De WMG-overeenkomst 2013 wordt niet aangepast, maar verzekeraars zullen een jaar lang (dus geheel 2013) coullance betrachten onder de strikte voorwaarde dat verzekeraars inzicht krijgen in de zorgvraagzwaarte op persoonsniveau per 2014. De coullance betekent feitelijk dat we teruggaan naar de omschrijving van het hoofdbehandelaarschap zoals in de WMG overeenkomst van 2012 is opgenomen.”

Relevante circulaire die door Zorgverzekeraars Nederland zijn gestuurd

Privaatrechtelijk is er in aanvulling op een eerdere ZN-circulaire van 17 december 2008 een tekst in een circulaire van Zorgverzekeraars Nederland van 2 juni 2009 uitgestuurd over hoofdbehandelaarschap (nummer ZN 2009-0014).

Begin citaat:

“Op 17 december 2008 heeft ZN een circulaire met betrekking tot het hoofdbehandelaarschap binnen de tweedelijns GGZ uitgebracht onder kenmerk ZN 2008 0067. Hierop heeft ZN van diverse kanten positieve reacties gehad; dit voornamelijk omdat de circulaire duidelijkheid bood die in het veld erg welkom was. Sommige reacties bevatte echter ook enige kritische kanttekeningen, met name betreffende de praktische en tuchtrechtelijke implicaties indien de circulaire in het veld strikt nageleefd zou worden. Verder werd ZN erop geattendeerd dat in 2008 de klinisch neuropsycholoog als beroepsgroep, in het kader van artikel 14 Wet BIG, is erkend. Na bespreking van de geopperde bezwaren met het NIP en GGZ Nederland, acht het kenniscentrum GGZ van ZN het wenselijk en verantwoord het advies in zake het hoofdbehandelaarschap op onderdelen aan te vullen in overeenstemming met hetgeen hierover met het NIP en GGZ Nederland is besproken. Voor de overzichtelijkheid geven wij hierbij niet alleen de wijzigingen met betrekking tot de eerdere circulaire, doch presenteren wij u de vernieuwde conclusies als geheel.

Conclusies: Volgens ZN zouden strikt genomen enkel een psychiater, een klinisch psycholoog en een klinisch neuropsycholoog naar aard, scoop en diepgang van hun kennis en ervaring competent geacht moeten worden het hoofdbehandelaarschap voor de tweedelijns GGZ in te vervullen. Voor het deelgebied van de psychogeriatrische stoornissen komt verder de klinisch geriater, werkzaam binnen een GGZ-instelling, in aanmerking voor het hoofdbehandelaarschap binnen de tweedelijns GGZ. Mede vanuit het historisch perspectief dat vrijgevestigde psychotherapeuten onder de AWBZ ook zelfstandig tweedelijns GGZ zorg leverden, wordt het verantwoord geacht, als uitzondering, ook de vrijgevestigde psychotherapeut als hoofdbehandelaar voor de tweedelijns GGZ onder de

Zvw te accepteren. Hierbij dient men wel te realiseren dat de huisarts in deze een grotere rol heeft dan alleen die van verwijzer. Zoals ook in 'Spelregels DBC registratie' in dit verband wordt aangegeven, blijft in deze situatie de verantwoordelijkheid voor het medisch beleid na verwijzing namelijk belegd bij de huisarts. In bepaalde gevallen en onder strikte voorwaarden wordt het verder verantwoord geacht dat binnen een GGZ-instelling een GZ-psycholoog, een psychotherapeut en een arts-assistent in opleiding tot psychiater de rol van hoofdbehandelaar vervult. De voorwaarden hierbij zijn:

o Betrokkene beschikt over voldoende kennis en vaardigheden om het hoofdbehandelaarschap op een verantwoorde wijze in te vullen; zulks ter beoordeling van de GGZ-instelling.

o Betrokkene functioneert binnen de GGZ-instelling in een gestructureerd multidisciplinair overleg waarbij tenminste ook een psychiater, klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog betrokken is en waarbinnen op casusniveau de differentiaal diagnostische mogelijkheden en de behandelmogelijkheden worden besproken. Onder dezelfde voorwaarden kan ook een verslavingsarts binnen een verslavingsinstelling als hoofdbehandelaar optreden.

Advies

Het bureau van ZN verwacht dat met de beschreven aanvullingen een beter op de praktijk afgestemde leidraad geschapen is om met instellingen tot verantwoorde afspraken te komen over de wijze waarop het hoofdbehandelaarschap wordt ingevuld en adviseert verzekeraars derhalve de aanvullingen op het eerdere advies in hun bedrijfsvoering mee te nemen."

Einde citaat.

Bijlage 5 Instructie zelfonderzoek ggz instelling 2013¹⁴

Deze bijlage hoort bij de tekst uit het plan van aanpak, hoofdstuk 6. Deze bijlage heeft nog nadere uitwerking en afstemming met het accountantsprotocol van de NBA.

Het zelfonderzoek 2013 is van toepassing op gecontracteerde aanbieders van gespecialiseerde ggz die onder de Zorgverzekeringswet wordt gedeclareerd. Het zelfonderzoek geldt ook voor de declaraties voor asielzoekers (COA).

Reikwijdte

Het zelfonderzoek heeft betrekking op de DBC's geopend in 2013 en gefactureerd tot en met 2014. De 'tot en met datum' van facturatie moet daarbij worden vermeld en er zal een 'dump' van de productiegegevens moeten worden gemaakt. Dit geeft tevens het maximale risico aan van de stand waarop dit onderzoek heeft plaatsgevonden omdat verbeteringen in bijvoorbeeld verwijzingen of hoofdbehandelaarschap tot verminderingen van het risico leiden.

Uitgangspunt

De basis van het zelfonderzoek 2013 betreft de in het plan van aanpak gemaakte afspraken over onder meer de wijze waarop voor de jaren 2013 en 2014 wordt omgegaan met de aspecten verwijzingen en hoofdbehandelaarschap. De instelling houdt hierbij rekening met de overige aspecten van de interne controle die worden uitgevoerd op de te declareren DBC's.

Methode

- a) Het zelfonderzoek is gebaseerd op de reeds uitgevoerde controles over 2013 in het kader van de jaarrekening 2013 en de daaruit blijkende risico's voor de instelling die met de betreffende accountant zijn besproken.
- b) Aan de hand van de duidingen uit het plan van aanpak geeft de instelling aan welke risico's zijn afgewend of verminderd.

Het zelfonderzoek heeft als uitkomst:

- 1) Welke DBC's moeten worden afgekeurd omdat ze niet voldoen aan de regelgeving van de NZa (fouten)
- 2) Over welke DBC's er nog onzekerheid resteert over of ze voldoen aan de regelgeving van de NZa (overleg met NZa over de interpretatie van de publieke regelgeving).
- 3) Over welke DBC's resteert er nog onzekerheid gezien de afspraken met verzekeraars in samenhang met de afspraken uit het plan van aanpak (zorginstelling overlegt met zorgverzekeraar in redelijkheid en billijkheid).

Stapsgewijs

Het zelfonderzoek 2013 is opgezet op basis van een goed gedefinieerde data-analyse (op basis van een query op de database, waarbij eventueel een foutenlijst wordt gegenereerd) als de gewenste aanpak.

Het is aan te raden om alvorens wordt gestart met het zelfonderzoek met de accountant af te stemmen hoe het onderzoek het beste kan worden uitgevoerd.

Kopie databestanden

Alvorens wordt gestart met het onderzoek dient er te worden vastgesteld op welke database en databestanden de controle wordt gebaseerd. Van het productiebestand wordt een kopie

¹⁴ In aanvulling op de tekst uit het plan van aanpak, hoofdstuk 6.

gemaakt. Op basis hiervan kunnen fout geregistreerde zaken worden gevonden in de systemen.

Getrapte aanpak

Voor een aantal punten, met name bij de verwijsregistratie, is een data-analyse alleen echter niet voldoende. Indien het niet mogelijk is om een data-analyse uit te voeren, zal er een deelwaarneming, mogelijk gevolgd door een steekproef, uitgevoerd dienen te worden. Als beiden niet mogelijk zijn, zal er dossieronderzoek plaats moeten vinden.

In die gevallen kunnen onder meer de volgende werkzaamheden worden verricht:

1. Onderzoek of de juiste registratie wordt ondersteund (of afgedwongen) door het productieregistratiesysteem. Het betreft hier AO/IB (administratieve organisatie en interne beheersing) gerelateerde zaken. Als dit van toepassing is, dan beperkt dit het vervolg van het onderzoek.
2. Nadere data-analyse: stratificeren van de massa op onderdelen met een verschillend risicoprofiel.
3. Vorm via deelwaarneming een oordeel over de overgebleven posten met een hoger risicoprofiel. De deelwaarneming kan in sommige gevallen worden voorafgegaan door een procedurecheck. De vraag is dan wat de opzet van de AO is geweest (zoals bijvoorbeeld vastgelegd in een werkinstructie) en vervolgens kan dan nagegaan worden door een deelwaarneming of de procedure inderdaad is gevolgd.
4. Indien uit de deelwaarneming fouten en/of onzekerheden naar voren zijn gekomen, dan dient een uitbreiding op de deelwaarneming plaats te vinden door middel van een steekproef, om vast te stellen wat de financiële impact van de fout en/of onzekerheid voor dat controlepunt is. Hierbij kan dossieronderzoek worden gebruikt ter onderbouwing.

Nadere toelichting deelwaarneming

In eerste instantie kan via een deelwaarneming van 25 aselect getrokken posten de juistheid van de populatie worden onderzocht. Indien daar een fout en/of onzekerheid in ontdekt wordt, dan dient een steekproef te worden uitgevoerd om de financiële impact van de fout voor de totale populatie te bepalen.

Inrichting AO/IC

De inrichting van de AO/IC is bepalend voor de toets op de betrouwbaarheid van de geregistreerde gegevens. In dit kader dient de autorisatie-procedure van achteraf mutaties in de AO/IC beschreven en gerapporteerd te worden. De ggz-instelling dient hier aan te kunnen tonen hoe dit is georganiseerd in de instelling.

Materialiteit en betrouwbaarheid

Voor de totale gefactureerde omzet geldt de norm dat, nadat de interne controle is uitgevoerd en geconstateerde fouten zijn gecorrigeerd, dat op basis van de controle met een betrouwbaarheid van 95% gesteld kan worden dat niet meer dan 3% teveel of te weinig in rekening is gebracht.

Verantwoording

Op basis van het zelfonderzoek door de ggz- instelling geeft de accountant zijn oordeel over het uitgevoerde zelfonderzoek. De accountant beoordeelt de resultaten op basis van een onderzoeksprotocol en stelt een rapport van bevindingen op.

Rapportageformulier

In het rapportageformulier "zelfonderzoek cGGZ 2013" moet u per controlepunt rapporteren op totaal instellingsniveau.

Daarbij de volgende aandachtspunten: steeds op niveau van de instelling, gespecificeerd naar verzekeraar:

- De ggz-instelling rapporteert per controlepunt per verzekeraar op instellingsniveau (in het rapportageformulier wordt dit toegelicht)
- De ggz-instelling toont in een apart overzicht de verdeling van de declaratiemassa voor 2013 en 2014 per verzekeraar.
Hierbij is het van belang hoe de bevindingen worden toegerekend naar verzekeraars. Dit zal plaatsvinden via onderstaande uitgangspunten:
 - a. Controlepunten die op basis van data-analyse worden uitgevoerd, worden op basis van de uitkomsten van de data-analyse gerapporteerd.
 - b. Controlepunten die niet op basis van data-analyse worden uitgevoerd, worden toegerekend aan verzekeraars door middel van de volgende verdeelsleutel:
 - Declaratiemassa verzekeraar X (instellingsniveau) / Declaratiemassa in onderzoek (totaal).
 - De verdeling van de onderzochte massa over uzovi's gebruikt de zorgverzekeraar vervolgens om controlepunten zelf toe te rekenen naar uzovi's.

Uitkomsten en tijdpad

Indien de uitkomsten van het zelfonderzoek over schadelastjaar 2013 hier aanleiding tot geven zal de instelling over de rapportage van het zelfonderzoek inclusief het rapport van bevindingen van de externe accountant aanbieden met de verzekeraar in gesprek gaan (zie verder de tijdlijn in het plan van aanpak in hoofdstuk 6.

Bijlage 6 Rapportageformulier zelfonderzoek GGZ instelling

Dit is een voorbeeldformulier dat in december 2014 nog nadere uitwerking en afstemming met het accountantsprotocol van de NBA behoeft.

GGZ instelling :

AGB code :

Contactpersoon

- Naam :

- Telefoon :

- E-mail :

Accountant :

Deze rapportage is naar waarheid ingevuld

Raad van Bestuur	
Naam:	
Functie:	
Datum:	
Ondertekening:	

Voor gesprek eventueel te splitsen naar verzekeraar

Identificatie van de onderzochte massa

Totaal Omzet :

Peildatum : Het formulier is opgebouwd om op de volgende aspecten inzicht te geven

- 1) Welke DBC's moeten worden afgekeurd omdat ze niet voldoen aan de regelgeving van de NZa (fouten)
- 2) Over welke DBC's er nog onzekerheid resteert over of ze voldoen aan de regelgeving van de NZa (overleg met NZa over de interpretatie van de publieke regelgeving).
- 3) Over welke DBC's resteert er nog onzekerheid gezien de afspraken met verzekeraars in samenhang met de afspraken uit het plan van aanpak (zorginstelling overlegt met zorgverzekeraar in redelijkheid en billijkheid)

Controlemassa	Totaal contract	per verzekeraar A	Verzekeraar B etc.
2013			
Gesloten			
Nog niet gesloten			
Totaal			
Correcties naar aanleiding van rechtmatigheid regelgeving NZA (ad 1)			
over welke DBC's resteert er nog onzekerheid of ze voldoen aan de regelgeving van de NZa (ad 2)			
Totaal na correcties (minimale en maximale variant)			
Contract 2013			
Overproductie/onderproductie			
Mogelijke onzekerheden naar aanleiding van zelfonderzoek Eventueel te verdelen over			
<ul style="list-style-type: none"> • Verwijzingen: • Hoofdbehandelaar: • Overige aspecten: 			
Minimale variant			

Maximale variant			
Niet declarabel, wel te betrekken bij afrekening (o.a. voor mogelijke prijsopslag etc.)			
Totaal correcties			
Minimale variant			
Maximale variant			
Resterend bedrag aan overproductie/ onderproductie			
Eventueel terug te betalen per verzekeraar			
Minimale variant			
Maximale variant			

Toelichting

Totaal omzet: de mee te nemen omzet bevat de DBC's voor het zelfonderzoek.

Gesloten; op de peildatum gefactureerd

Nog niet gesloten: omzet die nog niet is gesloten maar wel gesloten en gefactureerd gaat worden.

Niet-declarabel: Producten die niet tot facturatie zullen leiden en door de GGZ zorgaanbieder worden afgeboekt (onrechtmatig vanwege eisen VWS en NZA).

Minimale variant: wat is zeker niet goed conform contract met verzekeraar

Maximale variant: wat zou er niet goed kunnen zijn, onduidelijkheden waar overleg over moet plaatsvinden.

Methodische beschrijving

Hieronder kan een meer algemene beschrijving van het uitgevoerde onderzoek worden opgenomen waarin zaken kunnen worden toegelicht die bij alle controlepunten van toepassing zijn.

Toedeling aan Concerns

Achmea	0211, 3311, 3313, 3314, 3329, 3337, 3342, 7007, 7125, 8958, 8960, 8971, 9086,
ASR	0403, 3328, 3336, 3339, 8959, 8973, 9018, 9019,
CZ	0104, 0201, 7053, 7119, 9664
De Friesland Zorgverzekeraar	7084
DSW	7029, 7037,
Eno	7032
Menzis	3332, 3333, 7054,
ONVZ	0408, 0441, 3331,
VGZ	0101, 0420, 0699, 0736, 3330, 3334, 3341, 7095, 8401, 8956, 8965, 8972, 8995, 9015,
Zorg en Zekerheid	7085
Stichting ziektekostenverz. Krijgsmacht	0212
Regeling Zorg Asielzoekers	2650

Controlepunten Op te leveren voor alle in het controleplan opgenomen controlepunten, per controlepunt. Eventueel eerst de volledige tekst van het controlepunt uit het controleplan opnemen, vervolgens:

Onderstaande controles dienen accountants nog nader aan te vullen (bij inrichting systeem, data analyse, steekproef, interview, dossieronderzoek.

Inrichting systeem (productieregistratiesysteem en AO/IB)

<aangeven: welke fout kan niet optreden, omdat het productieregistratiesysteem dit volledig afvangt, instelling in Productieregistratiesysteem opvragen bij functioneel beheerders + datum vanaf wanneer ingesteld + test dat de werking van deze instelling correct is>

Data-analyse

<aangeven: vraagstelling, bron van gebruikte data, eventuele selectie op deze data (afpellen: wat is goed en gaat verder niet mee in selectie voor onderzoek), werkwijze>

Steekproef / Deelwaarneming

<aangeven: vraagstelling, steekproefpopulatie en –omvang, steekproefmethodiek, welke posten in de steekproef vallen>

Interview

<aangeven: vraagstelling>

Resultaten zelfonderzoek

Hier de uitkomsten van het onderzoek weergeven.

Conclusie

Hier de samenvatting van de uitkomsten gerelateerd aan de onderzoeksvraag.

Berekening financiële impact

Netto financiële impact bij fout (oude factuurbedrag minus nieuw factuurbedrag). Vermelden welke aannames daarbij zijn gedaan en hoe de berekening is opgebouwd.

Verwijzing naar bijlagen (voor review accountant en eventueel zorgverzekeraar)

Beschrijving van ter inzage beschikbare informatie

ONDERSTAANDE TABEL SPLITSEN IN DE DRIE CATEGORIEN

- 1) welke DBC's moeten worden afgekeurd omdat ze niet voldoen aan de regelgeving van de NZa
- 2) over welke DBC's resteert er nog onzekerheid of ze voldoen aan de regelgeving van de NZa
- 3) over welke DBC's resteert er nog onzekerheid gezien de afspraken met verzekeraars in samenhang met de afspraken uit het plan van aanpak.

Gevonden fouten en/of onzekerheden			
	Gefactureerd + Nog niet gefactureerd 2013		
Verwijsregistratie			
Hoofdbehandelaarschap			
Minimale en maximale variant			
Totaal			

Uitsplitsing per verzekeraar en controlepunt

Gevonden fouten en/of onzekerheden verwijfsregistratie			
Concern	Gefactureerd + Nog niet gefactureerd 2013		
Achmea			
ASR			
CZ			
De Friesland Zorgverzekeraar			
DSW			
Eno			
Menzis			
ONVZ			
VGZ			
Zorg en Zekerheid			
Stichting ziektekostenverz. Krijgsmacht			
Regeling Zorg Asielzoekers			
Totaal fouten verwijfsregistratie			

Gevonden fouten en/of onzekerheden hoofdbehandelaarschap			
Concern	Gefactureerd + Nog niet gefactureerd 2013		
Achmea			
ASR			
CZ			
De Friesland Zorgverzekeraar			

Gevonden fouten en/of onzekerheden hoofdbehandelaarschap			
DSW			
Eno			
Menzis			
ONVZ			
VGZ			
Zorg en Zekerheid			
Stichting ziektekostenverz. Krijgsmacht			
Regeling Zorg Asielzoekers			
Totaal fouten hoofdbehandelaarschap			

Toelichting bij overzicht fouten

Bovenstaande overzichten moet volledig ingevuld worden aangeleverd en aansluiten bij de totaalrapportage.