

Voorbeelden risicoprioritering Horizontaal Toezicht

Doel

Vanuit het zorgveld is aangegeven dat er behoefte is aan kennisdeling van ervaringen in de fase risicoprioritering. Op dit moment wordt nog teveel het wiel opnieuw uitgevonden. Tegelijkertijd willen zowel de zorgaanbieders als de zorgverzekeraars voorkomen dat er nieuwe richtlijnen ontstaan, welke als checklijsten afgevinkt kunnen worden. Er is besloten om voorbeeldbeschrijvingen te verzamelen van ziekenhuizen welke de fase risicoprioritering succesvol doorlopen hebben. Deze voorbeeldbeschrijvingen hebben – bij gebrek aan voldoende vergelijkingsmateriaal – niet de status van “best practice”. Wel is het voorbeeld bruikbaar als handvat voor andere ziekenhuizen om een sneller leerproces te kunnen doormaken, omdat er een levendige beschrijving is welke reeds door een verzekeraar geaccepteerd is.

Belangrijk blijft dat ieder ziekenhuis de risicoprioritering maakt die bij zichzelf past: maatwerk in plaats van gegeneraliseerde risicolijsten.

Ziekenhuis 1

Proces

Op basis van een logische verdeling van de landelijke risicolijst heeft het ziekenhuis 9 werkgroepen geformeerd. In de werkgroepen zaten materiedeskundigen van zowel de afdeling Zorgadministratie als de afdeling AO/IC. Om de samenhang van de werkgroepen te borgen, is één stafmedewerker van de afdeling Zorgadministratie deelnemer geweest in alle werkgroepen. Zij waarborgde de uniforme interpretatie van de landelijke producten en uitrol van een uniforme methodiek. De betrokken medewerkers van de afdeling AO/IC begeleidden de omslag naar meer risicogericht denken bij alle leden van de werkgroep. De werkgroepen waren als volgt verdeeld:

1. Algemene Patiëntgegevens en verwijsregistratie
2. DBC registratie
3. Agenda/ consulten/ poliklinisch proces
4. Klinisch opname proces
5. OZP
6. DWGM
7. DBC declaratie
8. WDS/ODV
9. Machtigingen/ voorwaarden

Iedere werkgroep kreeg de voor hen relevante risico's van de landelijke risicolijst en de opdracht om:

- Deze lijst aan te vullen met risico's die zij uit de processen kennen. De aanvullingen zijn herkenbaar toegevoegd aan de totale risicolijst.
- In een vast format ieder risico uit te werken. Dit was enerzijds het Excel bestand van de landelijke risicolijst (samengevoegd op één tabblad in Excel), aangevuld met de volgende kolommen:

Toegevoegde kolom	Betekenis toegevoegde kolom
Indeling landelijke risicolijst	Op welk tabblad van de landelijke lijst stond dit risico
Indeling Werkgroepen	Door welke werkgroep is dit risico behandeld
Ziekenhuis interpretatie	Alleen indien mogelijk interpretatieverschillen kunnen spelen: de zienswijze van het ziekenhuis hoe zij het risico geïnterpreteerd hebben
Gebeurtenis/gevolg	Welke gebeurtenissen en gevolgen treden op wanneer dit risico zich manifesteert
Oorzaken	Wat zijn de oorzaken waarom dit risico zich kan manifesteren
Impact kwantitatief	De score, welke onderbouwd is in een apart word-document
Impact kwalitatief	De score, welke onderbouwd is in een apart word-document
Kans kwantitatief	De score, welke onderbouwd is in een apart word-document
Kans kwalitatief	De score, welke onderbouwd is in een apart word-document
Risico inschatting	De optelsom van de vier scores
Risico inschatting	De categorisering: laag, midden of hoog

In aparte word-documenten is per werkgroep in woorden onderbouwd hoe tot de score gekomen is.

De scores van alle werkgroepen zijn verzameld en samengevoegd in één Excel bestand, welke samen met de onderbouwingen in Word is gedeeld met de representerende zorgverzekeraar. In deze eerste versie voor de zorgverzekeraar, waren de kwantitatieve onderbouwingen van impact en kans nog gebaseerd op basis van de onderbuik. De afspraak was gemaakt om dit op te nemen in de tweede versie, wat zou kunnen leiden tot aanpassing van de scores.

De eerste review van de representerende zorgverzekeraar heeft een aantal concrete handvatten geboden om de 4 aspecten waarop gescoord moet worden, te duiden. Dit wordt uitgewerkt in de volgende hoofdstukken. Onder andere de tip om alle risico's per aspect op score te sorteren (van hoog naar laag), was zinvol. Het bleek dat er soms dan een onlogische volgorde ontstond, wat aanleiding was om te onderzoeken of wel de redeneerlijn voor dat aspect uniform was gehanteerd.

NB: met "aspect" wordt bedoeld: één van de 4 scores "Impact kwantitatief"; "Impact kwalitatief"; "Kans kwantitatief"; "Kans kwalitatief"

Na de eerste review van de representerende zorgverzekeraar hebben we de score geactualiseerd met de ontvangen feedback en de inmiddels bekend geworden omzetten en aantallen ten behoeve van de kwantitatieve onderbouwing. Dit heeft geleid tot een hernieuwde aanlevering van de risicoprioritering. Deze versie is besproken met de zorgverzekeraar en onderling verder gefinetuned, waarbij besloten is om op basis van professioneel judgement enkele risico's bewust anders te classificeren dan op basis van de scores aanbevolen is, ofwel "overrulen". Zie voor meer uitleg een apart hoofdstuk. Tenslotte is onze risicoprioritering akkoord bevonden door zowel de representerende zorgverzekeraar als de tweede zorgverzekeraar.

De General IT Controls zijn niet in deze fase uitgewerkt, maar komen bij de beschrijving van de beheersmaatregelen aan de orde. In onze ogen zijn de GITC afgeleide risico's welke onlosmakelijk onderdeel zijn van de beheersmaatregelen.

Het aspect "Impact kwantitatief"

De aanwijzingen over dit aspect in het landelijke product "risicoprioritering" zijn:

- "Zorgt dit proces voor een belangrijke bijdrage aan de omzet MSZ?" en
- "Voor bepaling van de bijdrage aan de omzet MSZ wordt gekeken naar de omzetstroom waarin het betreffende proces waardebepalend is. (bijvoorbeeld voor het poliklinische proces zijn dit de conservatieve DBC-zorgproducten). De bijdrage aan de omzet is gebaseerd op de risicogerichte massa vóór het inrichten van beheersmaatregelen."
- Uit de voorbeelden blijkt dat conservatieve producten en de omzet met klinische dagen daar een 4 scoren.

Interpretatie(s) die het ziekenhuis gedaan heeft:

Het ziekenhuis heeft bij het eerste punt geïnterpreteerd dat zij de omvang van het deelproces, waar het risico betrekking op heeft, moesten inschatten t.o.v. de totale omzet MSZ.

Werkwijze ziekenhuis

Bij het toekennen van de initiële scores per risico op het aspect "Impact kwantitatief", hebben de werkgroepen hun scores gedaan op basis van onderbuikgevoel, omdat de omzetgegevens nog niet bekend waren. Dit leidde soms tot onverklaarbare verschillen in scores op dit aspect. Zodra de omzetgegevens 2016 waren opgeleverd, konden centraal (dus niet per werkgroep) alle risico's volgens een meer gestructureerde methodiek gescoord worden. Deze methodiek is in dit voorbeeld uitgewerkt.

Van ieder risico is bepaald of dit op patiënt-niveau, DBC-niveau of zorgactiviteit-niveau plaatsvindt. Vervolgens is de omzet van die (groep) patiënten, DBC's of DBC's waarin die zorgactiviteit heeft plaatsgevonden, bepaald. De in de landelijke risico lijst opgenomen verwijzingen naar zorgactiviteit codes zijn hierbij gehanteerd. Er is niet meegenomen in hoeverre het voordoen van het betreffende risico ook effect heeft op de prijs of andere declaratie-componenten. Dit effect is meegenomen in het aspect "Impact kwalitatief". Ter verduidelijking een aantal voorbeelden:

Risico	Omzet (2016)
Het onterecht declareren van een add-on geneesmiddel of een OZP stollingsfactor waarvan de indicatie niet overeenkomt met de werkelijke indicatie.	De gehele omzet add-on geneesmiddelen en OZP-stollingsfactoren
Onjuiste opnametijd	Alle omzet waarin klinische dagen voorkomen

Het onterrecht verdelen van verpleegdagen (binnen een klinische opname) bij verschillende specialismen terwijl er geen sprake is van overdracht van het klinische hoofdbehandelaarschap aan een ander poortspecialisme."	Alle omzet waarin klinische dagen voorkomen minus de inschatting van de omzet van patiënten die maar één klinische DBC hebben
Het onterrecht declareren van een klinisch intercollegiaal consult.	De omzet van alle DBC's waarin de zorgactiviteit ICC opgenomen is; ongeacht of deze bepalend is of niet voor het zorgproduct

Vervolgens is een bij het ziekenhuis passende schaalindeling gemaakt.

Schaalindeling "Impact kwantitatief"	
omzet aandeel t.o.v. totale omzet	score
0-1%	1
1%-5%	2
5%-10%	3
>10%	4

Tijdens de evaluatie van het memo Risicoprioritering bleek dat verschillende ziekenhuizen gebruik maken van een dergelijke schaalindeling. De variatie tussen de gebruikte percentages bleek groot. De gebruikte schaalindeling van dit ziekenhuis bleek één van de lagere te zijn.

De 3 grootste omzetstromen bij dit ziekenhuis zijn klinische DBC's, OZP's en add-ons. Bij een schaalindeling waarbij de omzet > 20% moet zijn om een 4 te scoren, zou bij ons geen enkele stroom een 4 scoren; bij > 15% komt slechts één van deze stromen in aanmerking. Vandaar dat gekozen is voor > 10%. Daaronder zijn de stappen logisch verdeeld.

Het voordeel van deze kwantitatief onderbouwde methode is dat dit aspect – zodra de omzetgegevens op basis van het voorkomen van bepaalde activiteitencodes in de DBC bepaald kan worden - relatief eenvoudig en eenduidig gescoord kan worden en daarmee relatief snel.

Deze werkwijze kan niet toegepast worden op risico's die geen relatie hebben tot activiteiten die hebben geleid tot omzet, zoals het niet registreren van activiteiten waardoor juist omzet misgelopen wordt.. Deze zijn bepaald op basis van de onderbuik.

Het aspect "Impact kwalitatief"

De aanwijzingen over dit aspect in het landelijke product "risicoprioritering" zijn:

- "Heeft het risico impact op de afleiding van een DBC-zorgproduct?"
- "Hoe groot is de fout in de prijs van een DBC-zorgproduct?"
- "Kan het risico tot imagoschade leiden voor de zorgaanbieder?"
- Uit de voorbeelden blijkt dat het daadwerkelijk patiëntencontact bij een poliklinisch consult een 2 scoort omdat dit niet vaak impact heeft, maar als het impact heeft het effect groot is.

HORIZONTALTOEZICHTZORG

Uit het andere voorbeeld “niet voor een verpleging ingerichte afdeling” blijkt dat de score een 3 is, omdat het redelijk vaak impact heeft op de afleiding en het effect dan groot is.

Interpretatie(s) die het ziekenhuis gedaan heeft:

Het ziekenhuis interpreteerde dat daar waar het landelijke product spreekt van DBC, bedoeld zou moeten zijn of er impact is op het factuurbedrag, en derhalve ook gekeken of er impact zou kunnen zijn op de OVP's of andere verrichtingen.

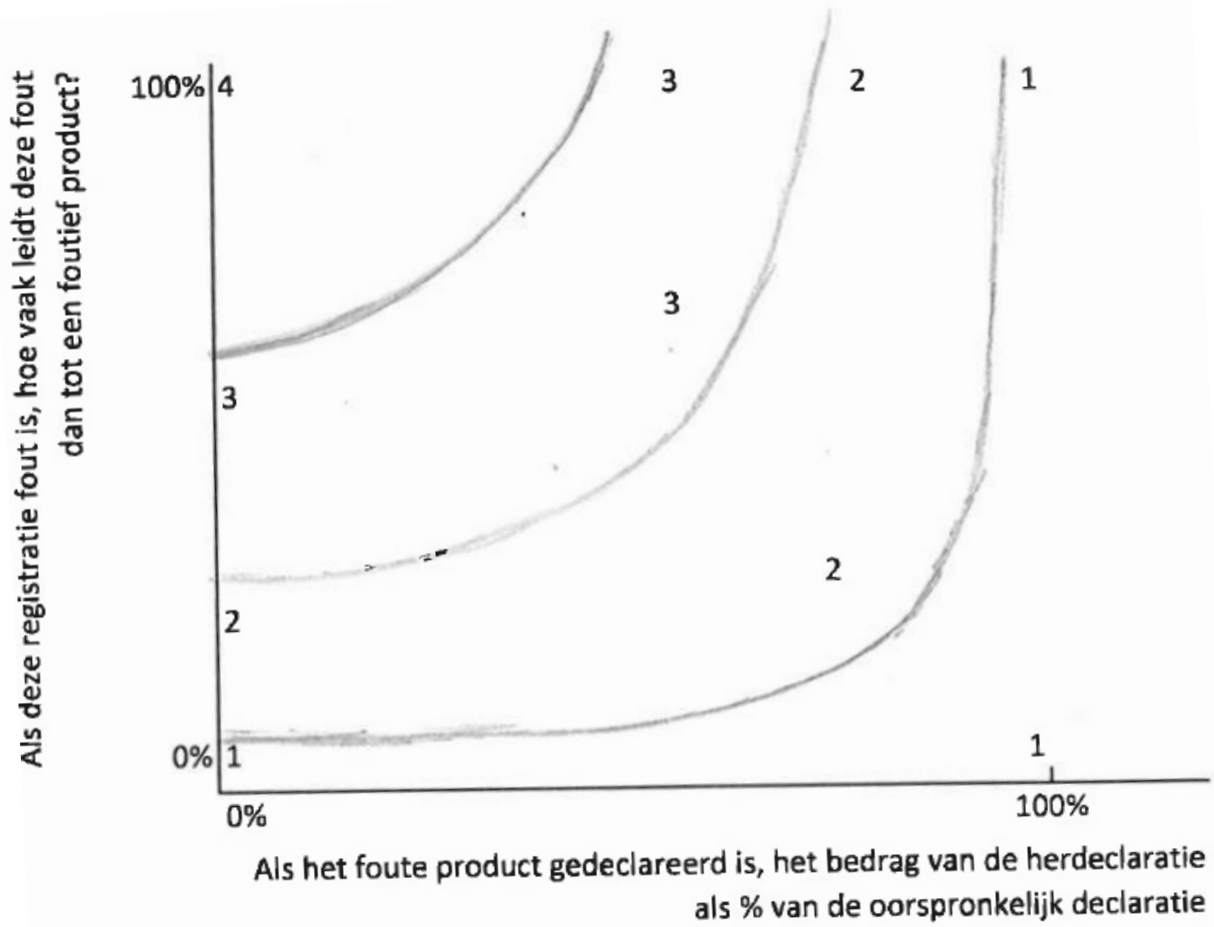
Werkwijze ziekenhuis

Niet iedere fout leidt tot een foutief product en zelfs als tot een foutief product afgeleid wordt, had regelmatig tot een ander product afgeleid moeten worden, waardoor een fout niet leidt tot 100% afkeuring van het gedeclareerde bedrag.

Gekozen is om per risico een inschatting (maar geen berekening) te maken van

- het percentage van het aantal in te dienen declaraties waarbij er een foutieve declaratie ontstaat / het effect heeft in de afleiding
- het percentage van het bedrag van de herdeclaratie t.o.v. het oorspronkelijke declaratiebedrag.

Dit is als volgt te visualiseren:



Voorbeelden:

- Het ontbreken van een geldige verwijzing leidt in alle gevallen (100%) tot een onrechtmatige declaratie waarbij dit niet hersteld kan worden in een juiste herdeclaratie (100%): score 4.
- Een verpleegdag leidt bij klinische DBC's tot een mogelijke onjuiste declaratie; echter bij veel operationele DBC's heeft dit geen enkele invloed. Ook bij klinische DBC's geldt niet dat iedere foutieve verpleegdag ook leidt tot een foute DBC; alleen bij de grenzen (1^e dag, 6^e dag ...) leidt dit tot een ander product (<100%). Als de prijs fout is, leidt dit wel tot een aanzienlijk lagere prijs (25% - 75%): score 3.
- Het niet voldoen aan de declaratiestandaard. De fout wordt snel ontdekt en herstel leidt tot 100% herdeclaratie. Potentieel risico dat de fout niet tijdig hersteld wordt, met mogelijke liquiditeitsproblemen tot gevolg en in uiterst geval gevraagd moet worden om voorschotafspraken: score 1
- Ontbreken machtiging of machtiging niet aangevraagd: declaratie bij verzekeraar is geheel fout. De verzekerde is veelal niet vooraf ingelicht dat hij zelf de behandeling diende te betalen waardoor niets of weinig of bij slechts een klein % van de patiënten de behandeling in rekening gebracht kan worden: score 4.

Het aspect “Kans kwantitatief”

De aanwijzingen over dit aspect in het landelijke product “risicoprioritering” zijn:

- “Hoe vaak wordt de zorgactiviteit geregistreerd?”
- “Hoe groot is de foutkans? (ofwel hoe vaak leidt dit daadwerkelijk tot een registratiefout?)”

In de voorbeelden wordt dit aspect bij het poliklinische consult op een 4 gescoord en de verpleegdag op een niet voor verpleging ingerichte afdeling op een 2 (want weinig op verpleging ingerichte afdelingen en lagere foutkans).

Interpretatie Ziekenhuis

Het ziekenhuis heeft – om meer gevoel bij dit aspect te krijgen – dit vertaald met “hoe vaak steek je over”. De zorgverzekeraar heeft deze beeldende vraag aangevuld met “en hoe gevaarlijk is de weg die je overgestoken wordt?”. Zo is de registratie van de NAW gegevens van de patiënt (overnemen zonder interpretaties en afleiding door meerdere dingen te gelijk te moeten doen) minder foutgevoelig dan de registratie van de diagnosecode of zorgactiviteiten aan het bed van de patiënt waarbij de aandacht afgeleid kan worden door andere gebeurtenissen.

Werkwijze ziekenhuis

Gelijk aan de werkwijze bij “Impact kwalitatief” hebben de werkgroepen dit eerst op basis van onderbuikgevoel gedaan, waarna – toen de aantallen op het niveau van de zorgactiviteiten bekend waren – dit centraal opnieuw gedaan is. Hierbij is dezelfde schaalindeling als bij “Impact kwantitatief” gehanteerd. De in de landelijke risico lijst opgenomen verwijzingen naar zorgactiviteit

codes zijn hierbij eveneens gehanteerd. Nadat alle scores ingevuld waren, bleek dat geen enkele score hoger dan een 2 was m.u.v. lab-verrichtingen. Het bleek dat het aantal lab-verrichtingen dusdanig hoog was (>50%) dat die het gehele beeld vertroebelden. Er is daarom opnieuw gescoord met de aantallen exclusief lab-verrichtingen. De scores bleken hierdoor aannemelijk te zijn, waardoor er geen aanleiding was om de schaalverdeling aan te passen.

Er is slechts bij een beperkt aantal risico's rekening gehouden met de daadwerkelijke foutkans aangezien het vrijwel altijd gaat om te registreren verrichtingen waarbij dit handelingen zijn waarbij de foutkans iedere keer aanwezig is.

Deze werkwijze kan niet worden toegepast op risico's waarbij een te registreren verrichting ontbreekt. Deze zijn bepaald op basis van het onderbuikgevoel.

Het aspect "Kans kwalitatief"

De aanwijzingen over dit aspect in het landelijke product "risicoprioritering" zijn:

- "Handmatig/geautomatiseerd proces. In hoeverre is het mogelijk om het risico met geautomatiseerde beheersmaatregelen (application controls) af te dekken, of moet er al snel worden overgegaan op handmatige beheersmaatregelen/ IT afhankelijke handmatige beheersmaatregelen."
- "Soort software die de zorgaanbieder gebruikt/ volwassenheid systeem, ofwel de mogelijkheid om beheersmaatregelen adequaat in te kunnen richten. (Het betreft het basis registratiesysteem van de zorgaanbieder. Wat is het volwassenheidsniveau van dit systeem en in hoeverre is het mogelijk om adequate beheersmaatregelen in het systeem in te richten. Hiermee wordt niet bedoeld een eventuele daily auditing tool welke aan het einde van het proces wordt ingezet.) Aantal verschillende toolings die worden gebruikt."
- "Vergt de registratie een inhoudelijke afweging van de registrerende zorgprofessional om vast te stellen of de declaratie rechtmatig is? (Bijv. wel of niet terecht parallelle trajecten)"
- "Complexiteit van het proces/zorgactiviteit en de geldende wet- en regelgeving en/of eventuele wijzigingen hierin."

Interpretatie(s) en uitgangspunten ziekenhuis:

Het ziekenhuis neemt aan dat - ondanks bovenstaande overwegingen - nog steeds het bruto risico bedoeld wordt. Er mag dus geen rekening gehouden worden met beheersmaatregelen, maar wel met mogelijkheden die systemen bieden om beheersmaatregelen in te richten (randvoorwaarden). Het ziekenhuis is van mening dat het EPD dat zij gebruiken een volwassen systeem is. Werkwijze ziekenhuis

De voorbeelden laten zien dat het poliklinische consult een 4 scoort en de niet-op-een verpleging-ingerichte-afdeling een 2.

Het ziekenhuis heeft dit aspect, samen met de representerende zorgverzekeraar, vertaald naar 'de beheersbaarheid van het proces'. Hoe beheersbaarder dit risico is, hoe lager de score is, en hoe moeilijker beheersbaar dit is, hoe hoger de score.

De uitwerking en onderbouwing zijn geheel door de diverse werkgroepen gedaan en centraal gevalideerd op uniformiteit.

Overruling / professioneel judgement

Nadat alle risico's gescoord en geclassificeerd waren, was de representerende zorgverzekeraar van mening dat er risico's als midden geclassificeerd waren die deze status qua omzet geheel niet waardig waren. Op dat moment stonden we voor de keuze om ofwel de scores te manipuleren om zo het risico als laag te kunnen classificeren ofwel om expliciet te laten zien dat we deze stap toegevoegd hebben aan het risicoprioriteringsproces. We hebben – in overleg met de tweede zorgverzekeraar - gekozen voor het laatste. Deze werkwijze is tevens tijdens de evaluatie Risicoprioritering besproken en door de werkgroep geaccepteerd als een goede aanvulling op het proces. Uiteraard, mits dit goed onderbouwd is.

In ons geval betrof de overruling 11 risico's waarvan per risico de bijdrage minder dan 0,2% van de omzet bedroeg en van deze 11 risico's tezamen minder dan 0,5%. Het telefonisch consult hebben we bewust niet overruled, maar op midden laten staan, omdat dit nieuw is, groot kan worden en daarom een verhoogd risico is waar we beheersmaatregelen op willen treffen.

De risico's die zijn overruled, zijn expliciet in het topmemo van de representerende zorgverzekeraar opgenomen, inclusief de onderbouwing hiervan.

NB 1: In de werkgroep evaluatie risicoprioritering is aangegeven dat deze reden om te overrulen (lage omzet) wellicht al eerder in het proces kan plaatsvinden, waardoor deze direct al uitgesloten kunnen worden. Dat maakt de mogelijkheid om te overrulen niet zinloos, want er kunnen ook andere redenen zijn om te overrulen. Vandaar dat de mogelijkheid moet blijven bestaan.

NB 2: Inmiddels hebben we begrepen dat er bezwaren zijn tegen de term "overruling" aangezien deze term suggereert dat de verzekeraar bij de aanbieder zijn mening heeft opgedrongen. Dat is geenszins het geval. Wij staan open voor iedere term, waarbij wij de volgende suggestie willen doen: "Nadat alle scores volgens vaste systematiek zijn gegeven en risico's volgens de tabel zijn geclassificeerd naar hoog, middel en lage risico's is het toegestaan om wegens professioneel judgment risico's anders te classificeren. Deze afwijkende classificatie wordt onderbouwd en expliciet met de representerend verzekeraar besproken. De representerend verzekeraar bespreekt deze op zijn beurt weer met de 2^e verzekeraar." Eventueel toegevoegd met "De risico's die een afwijkende classificatie hebben, worden expliciet gemaakt in de conclusiebrief".

Toets norm representerende zorgverzekeraar

Het ziekenhuis uit dit voorbeeld is een van de eerste ziekenhuizen die implementatie van HT conform de landelijke producten uitvoert. Daarmee zijn zij pionier van de landelijke producten. De vraag "hoe hoog leggen we de lat?" is nog niet door de verzekeraars expliciet gemaakt.

Bij de toetsing heeft de representerende zorgverzekeraar een afweging gemaakt tussen een goede onderbouwing van de gekozen classificatie van de risico's (hoog, middel, laag) inclusief een gedetailleerde en goed gedocumenteerde onderbouwing op details met als gevolg tijdsvertraging versus een voldoende goede onderbouwing zodat voldoende zekerheid verkregen wordt dat de risico's juiste geclassificeerd zijn, maar dat de verbetering op details pas later gerealiseerd wordt, zodat een vlotte implementatie mogelijk wordt. De representerende zorgverzekeraar heeft in afstemming met de tweede zorgverzekeraar gekozen voor de tweede optie. Dat het ziekenhuis hier voorstander van is, omdat zij deze actualisatieslag graag willen uitstellen totdat de tool beschikbaar is en zij toch alles moeten doorlopen, speelt voor de verzekeraar nauwelijks een rol. De representerend verzekeraar legt ook zonder dit voordeel de prioriteit bij vlotte implementatie. De feedback op de risicoprioritering heeft de representerende zorgverzekeraar gedurende het proces daarom op twee niveaus aangeleverd: behoeft nu verbetering en behoeft later verbetering.

De keuze voor deze norm is opgenomen in het topmemo.

Interne evaluatie

Het proces dat we hebben doorlopen was intensief. Door de keus om 9 werkgroepen te formeren, hebben we de betrokkenheid in de organisatie vergroot. We merkten dat het doorlopen van de fase risicoprioritering een andere manier van denken vereiste. Deze nieuwe manier van denken heeft ons geleerd om onszelf eerst de vraag te stellen welk risico we lopen, in plaats van ons te laten leiden door incidenten en meldingen. Dat we in gezamenlijkheid met de verzekeraar tot deze besluiten hebben kunnen komen, heeft tevens gezorgd voor meer saamhorigheid doordat we nu meer dan voorheen redeneren vanuit een gezamenlijk normenkader, zowel intern als extern (in de afstemming met de verzekeraar).

Tegelijkertijd was het ook een zoektocht en we begrijpen de behoefte van de andere ziekenhuizen om meer handvatten te krijgen om deze fase te doorlopen; het gevoel dat we zelf het wiel hebben moeten uitvinden is niet erg, maar zouden we graag anderen willen besparen. Vandaar dat we ons verhaal ook willen inbrengen als voorbeeld voor de andere ziekenhuizen.

De verandering van aanpak, dat we de aspecten "Impact kwantitatief" en "Kans kwantitatief" middels cijfers redelijk recht-toe-rechtaan hebben kunnen scoren, is een tip die we zelf heel graag eerder gehad zouden hebben, omdat dat ons veel doorlooptijd gescheeld zou hebben. Tegelijkertijd was het zeker geen verloren tijd, wegens het leerproces over het risicogericht denken in de werkgroepen.

Hierbij nog een aantal aanvullende tips:

- Doe de onderbouwing van de scores niet in aparte word-documenten, maar als extra kolommen in het Excel bestand. Dit vergemakkelijkt het updaten en audit-trail.
- Zorg voor unieke identificatie per risico zodat versieverschillen middels zoekfuncties in Excel semi-geautomatiseerd geüpdatet of in kaart gebracht kunnen worden.
- Ten behoeve van actualisatie: kopieer alles naar een nieuwe kolom en verberg de oude. Audit-trail is hiermee eenvoudig gedocumenteerd.

Hieronder het format dat wij waarschijnlijk gaan gebruiken in de volgende actualisatie-ronde:

Kolom	Toelichting
Onderwerp	Overgenomen uit landelijke risicolijst of eigen geformuleerd onderwerp
Beheersingsdoelstelling	Overgenomen uit landelijke risicolijst of eigen geformuleerde beheersdoelstelling
Ref	Unieke identificatie is nummer op landelijke risicolijst of herkenbare eigen toegevoegd nummer.
Omschrijving risico	Overgenomen uit landelijke risicolijst of eigen geformuleerd risico
Zorgactiviteit	Overgenomen uit landelijke risicolijst of eigen bepaalde zorgactiviteiten
Bron	Overgenomen bron uit landelijke risicolijst of eigen bepaalde bron
Indeling landelijke risicolijst	Tabblad waarop het risico staat in de landelijke risicolijst. Of aanduiding dat het een toegevoegd risico is.
Indeling Werkgroepen	Werkgroep die dit risico behandeld heeft.
Ziekenhuis interpretatie	Alleen indien mogelijk interpretatieverschillen kunnen spelen: de zienswijze van het ziekenhuis hoe zij het risico geïnterpreteerd hebben
Gebeurtenis/gevolg	Welke gebeurtenissen en gevolgen treden op wanneer dit risico zich manifesteert
Oorzaken	Wat zijn de oorzaken waarom dit risico zich kan manifesteren
€ omzet jaar x	Onderbouwing van de score "Impact kwantitatief": het bedrag van omzet waarbij dit risico een rol kan spelen of leeg als dit niet bepaald kon worden
Toelichting € omzet jaar x	Onderbouwing van de score "Impact kwantitatief": het % van omzet waarbij dit risico een rol kan spelen of als dit niet bepaald kon worden een andere onderbouwing in woorden.
Impact kwantitatief	Score
Toelichting Impact kwalitatief	Onderbouwingen van de score "Impact kwalitatief"
Impact kwalitatief	Score
Percentage nieuw (aantallen t.o.v. totaal excl. lab verrichtingen)	Onderbouwing van de score "Kans kwantitatief": het aantal zorgactiviteiten waarbij dit risico een rol kan spelen of leeg als dit niet bepaald kon worden
Toelichting aantallen verrichtingen jaar x (o.b.v. nieuwe aantallen)	Onderbouwing van de score "Kans kwantitatief": het % van aantal zorgactiviteiten waarbij dit risico een rol kan spelen of als dit niet bepaald kon worden een andere onderbouwing in woorden. Wanneer de foutkans meegewogen is, is dat ook in deze kolom toegelicht.
Kans kwantitatief	Score
Toelichting Kans kwalitatief	Onderbouwing "Kans kwalitatief" in woorden.
Kans kwalitatief	Score
Risico inschatting	Optelsom van de 4 scores
Overruling	Onderbouwing waarom overruled is, indien van toepassing
Risico inschatting	De categorisering: laag, midden of hoog

Beoordelingskader Ziekenhuis 2

Een praktische benadering van de risicoprioritering

KANS (kwalitatief + kwantitatief)

	2	3	4	5	6	7	8
2	4	5	6	7	8	9	10
3	5	6	7	8	9	10	11
4	6	7	8	9	10	11	12
5	7	8	9	10	11	12	13
6	8	9	10	11	12	13	14
7	9	10	11	12	13	14	15
8	10	11	12	13	14	15	16

IMPACT (kwalitatief + kwantitatief)

Toelichting

Om tot een uniforme en onafhankelijke wijze van risicoprioritering te komen is er door Ziekenhuis 2 een beoordelingskader opgesteld die de objectiviteit waarborgt. Dit beoordelingskader is alvorens te gebruiken voorgelegd aan de representerende zorgverzekeraar.

In figuur 1 hebben wij onze uitwerking van het beoordelingskader opgenomen. Hierin staat precies uitgelegd welke afwegingen en/of welke kaders zijn gebruikt om een kwalitatieve en kwantitatieve score te geven op het gebied van impact en kans. De indeling 'tot 10 mio', '10 mio – 50 mio', '50 mio – 100 mio' en '100 mio en meer' is tot stand gekomen door onze omzetstromen te beoordelen. Op deze manier krijgen de diverse omzetstromen de juiste inschaling. De percentages 'tot 4%', '4 tot 18%', '18 tot 36%' en '36 tot 100%' zijn verkregen door het bij het percentage behorende bedrag te delen door de jaarrekeningomzet. Een voorbeeld is de indeling '10 mio – 50 mio', waarbij 40 miljoen euro omzet gemoeid is. De 40 miljoen euro gedeeld door de totale jaarrekeningomzet is 18%.

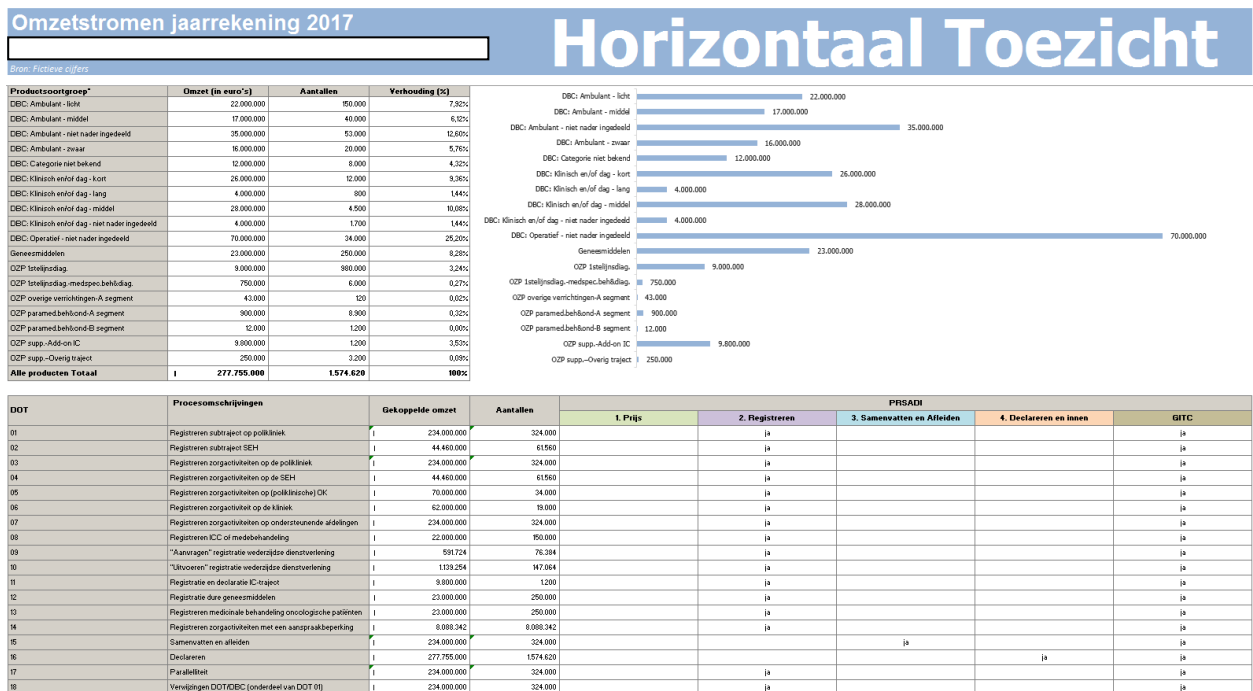
Om objectief de risico's binnen het PRSADI proces in te schalen heeft ziekenhuis 2 een format opgezet (zie onderstaand beoordelingskader). In dit format staan de categorieën **impact** en **kans** uitgediept naar de aspecten van kwaliteit en kwantiteit. Door gebruik te maken van dit format wordt de risico-inschatting welke door ziekenhuis 2 is gedaan navolgbaar gemaakt voor de representerende zorgverzekeraar.

BEOORDELINGSKADER <input type="text"/> - handvatten voor een objectieve impact/kans inschaling																													
Impact		Kans																											
<p>Kwantiteit</p> <p>De impact wordt bij kwantiteit bepaald op basis van de gerelateerde omzet in relatie tot de totale omzet <input type="text"/>. De risico gerelateerde omzet wordt afgezet tegen een objectief opgesteld inschalingsformat. Dit staat hieronder weergegeven. Voor de inschaling wordt gekeken naar de omvang in euro's</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risico-inschatting 4-puntsschaal</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Risico gerelateerde omzet</td> <td>tot 10 mio</td> <td>10 mio - 50 mio</td> <td>50 mio - 100 mio</td> <td>100 mio en meer</td> </tr> <tr> <td>Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017</td> <td>tot 4%</td> <td>4 tot 18%</td> <td>18 tot 36%</td> <td>36 tot 100%</td> </tr> </tbody> </table>		Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4	Risico gerelateerde omzet	tot 10 mio	10 mio - 50 mio	50 mio - 100 mio	100 mio en meer	Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017	tot 4%	4 tot 18%	18 tot 36%	36 tot 100%	<p>Kwantiteit</p> <p>Voor een objectieve inschaling voor de kans-quantiteit wordt <input type="text"/> gekeken naar de geregistreerde aantallen (bijv. aantal DBC's of zorgactiviteiten). Een voorbeeld is het totaal aantal polibezoeken versus het aantal SEH polibezoeken. Dit procentuele aantal wordt dan ingeschaald naar onderstaand format (gelijk aan impact-kwaliteit).</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risico-inschatting 4-puntsschaal</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017</td> <td>tot 4%</td> <td>4 tot 18%</td> <td>18 tot 36%</td> <td>36 tot 100%</td> </tr> </tbody> </table>			Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4	Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017	tot 4%	4 tot 18%	18 tot 36%	36 tot 100%
Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4																									
Risico gerelateerde omzet	tot 10 mio	10 mio - 50 mio	50 mio - 100 mio	100 mio en meer																									
Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017	tot 4%	4 tot 18%	18 tot 36%	36 tot 100%																									
Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4																									
Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017	tot 4%	4 tot 18%	18 tot 36%	36 tot 100%																									
<p>Kwaliteit</p> <p>Kijkende naar het risico en de omzetstromen waarbij het risico zich voordoet wordt bepaald welk gedeelte van de omzet (het hoogste) risico veroorzaakt. Bijvoorbeeld bij polibezoek gerelateerde omzet, is het risico van volledig onjuist verstuurd facturen het grootste bij de DBC - ambulante zorgproducten. Omdat bij onjuistheid van een polibezoek een zorgproduct in zijn geheel niet meer declarabel wordt. Wanneer in kaart is gebracht welk deel van de risico gerelateerde omzet gevoelig is voor financiële impact wordt de hoogte van de hoogst mogelijk financiële impact procentueel afgezet tegen de risico gerelateerde omzet. hiervoor wordt gebruikt gemaakt van onderstaande tabel.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risico-inschatting 4-puntsschaal</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017</td> <td>tot 4%</td> <td>4 tot 18%</td> <td>18 tot 36%</td> <td>36 tot 100%</td> </tr> </tbody> </table> <p>Een voorbeeld (fictieve cijfers) is het juist registreren van een polibezoek. De totale omzet van het ziekenhuis is 250 miljoen. De DBC omzet die afhankelijk is van een juiste polibezoek registratie is 70 miljoen. Bij impact-quantiteit wordt dit ingeschaald op '3', want het ligt tussen de 50 en 100 miljoen. Als we dan kijken waar het hoogste risico ligt dan speelt dit bij de lichte ambulante zorgproducten, omdat bij een onjuiste registratie de volledige omzet fout is. Het gedeclareerde zorgproduct kan niet lichter worden en leidt dan tot uitval. In dit voorbeeld representeert de omzetstroom voor licht ambulante zorgproducten 20 miljoen. De berekening wordt dan 20 miljoen gedeeld door 70 miljoen is 29%. Hiermee wordt impact kwaliteit objectief ingeschaald op '3'.</p>		Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4	Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017	tot 4%	4 tot 18%	18 tot 36%	36 tot 100%	<p>Kwaliteit</p> <p>Bij de kans-kwaliteit nemen we in ogenschouw of het proces afhankelijk is van mens of systeem of dat er sprake is van een combinatie en welke verhouding daar dan geldt. Hier gebruiken we dan onderstaande schaal voor.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Risico-inschatting 4-puntsschaal</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Verhouding van afhankelijkheid systeem - mens</td> <td>volledig systeem</td> <td>systeem > mens</td> <td>systeem < mens</td> <td>volledig mens</td> </tr> </tbody> </table> <p>In overeenstemming met onze representerende zorgverzekeraar wordt naast de bovenstaande initiële inschaling ook meegenomen of er sprake is van risico verlagende of verhogende factoren. Denk dan aan: is het proces nieuw of gewijzigd? Gaat het om een volledig nieuw proces of is het juist een verbeterproces? Is het proces complex? Is er sprake van veel verschillende (deel)systemen of is een juiste registratie in hoge mate afhankelijk van medisch specialistische kennis?</p>			Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4	Verhouding van afhankelijkheid systeem - mens	volledig systeem	systeem > mens	systeem < mens	volledig mens					
Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4																									
Cumulatief percentage i.r.t. de JR2017	tot 4%	4 tot 18%	18 tot 36%	36 tot 100%																									
Risico-inschatting 4-puntsschaal	1	2	3	4																									
Verhouding van afhankelijkheid systeem - mens	volledig systeem	systeem > mens	systeem < mens	volledig mens																									

Figuur 1 - beoordelingskader Ziekenhuis 2

Om relatief snel en objectief tot een kwantitatieve beoordeling voor zowel de impact als kans te komen heeft Ziekenhuis 2 ervoor gekozen om de omzetstromen voor de jaarrekening 2017 in kaart te

brengen. Dit is te zien in figuur 2. Dit geeft de representerende zorgverzekeraar een beter beeld van onze organisatie en ook of de risico's binnen de scope herleidbaar zijn naar de alle omzetstromen. Aanvullend heeft Ziekenhuis 2 ervoor gekozen om ook alle omzetstromen te koppelen aan onze set aan ziekenhuisbrede AOIC procedures voor de registratie en declaratie van de zorg. Met deze methodes toont Ziekenhuis 2 aan dat volledigheid van de beschreven risico's wordt geborgd.



Figuur 2 - omzetstromen Ziekenhuis 2 jaarrekening 2017 (fictieve cijfers ter illustratie)

Door gebruik te maken van het beoordelingskader en het overzicht van de omzetstromen is het complete Control Framework in een relatief korte periode voorzien van objectieve scores. Om de gegeven scores navolgbaar te maken voor de representerende zorgverzekeraar hebben we de gegeven scores bondig toegelicht. Dit is in het Control Framework verwerkt zoals in figuur 3 weergegeven.

A	B	C	D		
Impact		Kans			
Kwantitatief	Kwalitatief	Kwantitatief	Kwalitatief	Totaal score	Toelichting <input style="width: 50px;" type="text"/>
3	4	3	2	12	A: toelichting impact - kwantitatief B: toelichting impact - kwalitatief C: toelichting kans - kwantitatief D: toelichting kans - kwalitatief

Figuur 3 - ABCD toelichting voor impact & kans

Om te waarborgen dat het beoordelingskader juist en eenduidig is gehanteerd heeft Ziekenhuis 2 gebruik gemaakt van interne tegenlezers. Allereerst hebben:

HORIZONTALTOEZICHTZORG

- de betrokken medewerkers die middels bovenstaande methode de scores hebben toegekend, beoordeeld of deze totaalscore overeenkomt met het professional judgement;
- een aantal medewerkers welke niet betrokken waren bij de initiële score een oordeel gegeven over het al dan niet logisch zijn van de gegeven score op het gebied van kwantiteit en kwaliteit bij impact en kans. Iedereen heeft dit gedaan vanuit navolgbaarheid en professional judgement.

Per saldo bleek dat het merendeel van de risico's een gelijke score hadden volgens de opgezette objectieve methodiek en de verwachte scores op basis van *professional judgement*. Bij een tweetal risico's bleek de uitkomst van de objectieve methodiek niet logisch te zijn. Voor deze twee risico's is er gebruik gemaakt van overruling. Dat wil zeggen dat we gemotiveerd en gedocumenteerd zijn afgeweken van de bedachte methodiek.

Uiteindelijk is hiermee de risicoprioritering vanuit Ziekenhuis 2 afgerond. Door gebruik te maken van het objectieve beoordelingskader is de risicoprioritering met een relatief korte doorlooptijd uitgevoerd. De methodiek dwingt een uniforme werkwijze af hetgeen voor heel de organisatie een navolgbaar document oplevert. Ziekenhuis 2 adviseert andere ziekenhuizen om, wanneer zij gebruik willen maken van een soortgelijk beoordelingskader om de inschaling tijdig met de representerende zorgverzekeraar door te nemen. Het document met risico's, scores, het beoordelingskader en de omzetstromen is vervolgens aangeboden bij de representerende zorgverzekeraar. Vanuit haar beoordeling (toetsing aan de hand van de landelijke risicolijst, de afgelopen jaren van zelfonderzoeken en nacontroles) heeft Ziekenhuis 2 de laatste punten op de i's gezet door tekstuele toevoegingen te doen en/of een aanvullende toelichting te verzorgen.

Voorbeelden risicoprioritering ziekenhuis 3

Aanpak

De zorgaanbieder heeft ervoor gekozen om de risicoanalyse uit te voeren conform het control framework 2.0, uitgebracht door de werkgroep horizontaal toezicht. Hierbij worden de risico's geassocieerd doormiddel deze aan een viertal categorieën te toetsen, namelijk:

- Impact kwantitatief;
- Impact kwalitatief;
- Kans kwantitatief;
- Kans kwalitatief.

Per categorie wordt een score gegeven van 1 tot 4 en vervolgens onderbouwd waarom deze score gegeven is. De optelsom van deze scores leidt tot een risicoclassificatie over het risico. De 4 punten uit het risicoprioriteringsmodel zijn als volgt beoordeeld, zie hieronder.

Impact kwantitatief

De impact kwantitatief wordt bepaald door de bijdrage die het proces heeft aan de omzet medisch specialistische zorg. Per DBC is bepaald welk proces deze omzet veroorzaakt en wat de omzet hiervan is. Dit heeft geleid tot een totaalbedrag per proces.

Op basis van deze resultaten is in overleg met de representerende zorgverzekeraar onderstaande staffel bepaald. Er is gekozen om een drempel te hanteren om te voorkomen dat de aandacht besteed wordt aan posten die financieel verwaarloosbaar zijn. Dit is de categorie beperkt (< 0,2% van de omzet medisch specialistische zorg) die standaard als laag wordt geassocieerd.

Niveau	Omschrijving	Drempel %
4	Zeer belangrijk	> 5%
3	Belangrijk	> 1%
2	Redelijk	> 0,2%
1	Beperkt	

De staffel is afgestemd op het gekozen aggregatieniveau van de risico's. Bij een hoger aggregatieniveau zou normaliter verwacht worden dat de drempels hoger liggen en vice versa bij een lager aggregatieniveau. De relatieve lage normen geven de mogelijkheid dat er ook op sub-processen gescooped kan worden. Nadat de hoofdprocessen onderkend zijn kan er per risico worden gekeken of er niet sprake is van een dergelijk sub-proces. Zo wordt de registratie van medebehandelingen en klinisch intercollegiale consulten apart van het poliklinisch proces geanalyseerd. Indien mogelijk zal de zorgaanbieder op een zo laag mogelijk niveau scoopen. De zorgaanbieder toont bij de risicoanalyse de waarde toevoeging van een dergelijk proces aan. Indien dit niet mogelijk is wordt dit toegelicht en een inschatting gemaakt op basis van professional judgement.

Impact kwalitatief

De impact kwalitatief wordt beoordeeld op de volgende onderdelen:

- Heeft het risico impact op de afleiding van een DBC-zorgproduct?
- Hoe groot is de fout in de prijs van een DBC-zorgproduct?

Per onderdeel wordt risico specifiek een antwoord gegeven. Deze antwoorden worden voornamelijk geformuleerd op basis van het effect dat de bepaalde zorgactiviteit eventueel heeft op de beslisboom. Hierbij wordt in acht genomen waar de zorgactiviteit zich bijvoorbeeld bevindt in de beslisboom

(operatieve verrichtingen staan bovenaan terwijl polikliniekbezoeken onderaan staan), of er mogelijk een vervangende verrichting geregistreerd kan worden (combinatie langdurige observatie versus dagopname) en in welke situaties iets voor kan komen (bij dubbele polikliniekbezoeken is er nog altijd één terecht).

Kans kwantitatief

In dit onderdeel worden de volgende vragen beantwoord:

- Hoe vaak wordt de zorgactiviteit geregistreerd?
- Hoe groot is de foutkans? (ofwel hoe vaak leidt dit daadwerkelijk tot een registratiefout?)

Per onderdeel wordt een risico specifiek antwoord gegeven. Hoe vaak wordt de zorgactiviteit geregistreerd wordt ziekenhuis breed beoordeeld. Hierbij wordt de volgende staffel gehanteerd:

1. Maandelijks of minder vaak
2. Wekelijks
3. Dagelijks
4. Meer dan dagelijks

De foutkans wordt relatief benaderd ten opzichte van de totale massa. Deze wordt niet onderbouwd met gegevens zoals bij impact kwantitatief maar meer op basis van professional judgement en ervaringen uit het verleden bij bijvoorbeeld zelfonderzoeken en overige controles.

Kans kwalitatief

Onder kans kwalitatief worden de volgende vragen beantwoord:

- Handmatig/geautomatiseerd proces. In hoeverre is het mogelijk om het risico met geautomatiseerde beheersmaatregelen (application controls) af te dekken, of moet er al snel worden overgegaan op handmatige beheersmaatregelen/ IT afhankelijke handmatige beheersmaatregelen.
- Soort software die de zorgaanbieder gebruikt/ volwassenheid systeem, ofwel de mogelijkheid om beheersmaatregelen adequaat in te kunnen richten. Aantal verschillende toolings die worden gebruikt.
- Vergt de registratie een inhoudelijke afweging van de registrerende zorgprofessional om vast te stellen of de declaratie rechtmatig is? (Bijv. wel of niet terecht parallelle trajecten)
- Complexiteit van het proces/zorgactiviteit en de geldende wet- en regelgeving en/of eventuele wijzigingen hierin;

Per onderdeel wordt een risico specifiek antwoord gegeven. Op basis van de procesbeschrijvingen en de domeinverantwoordingen wordt een beoordeling gemaakt in hoeverre het proces geautomatiseerd afgedekt kan worden. Hoewel het risico bruto benaderd wordt is het belangrijk de mogelijke beheersingsmaatregelen in acht te nemen die de geautomatiseerde systemen bieden. Op basis van de processen hoe ze momenteel lopen (domeinverantwoordingen i.c.m. procesbeschrijvingen) en de mogelijkheden binnen de EPD software wordt antwoord gegeven op de vragen. De inhoudelijke afweging van de medische professional en de complexiteit van de wet- en regelgeving hangt ook af van in hoeverre het proces geautomatiseerd is en kan worden. Op basis van professional judgement onderbouwd met bovenstaande is een antwoord op de vragen gegeven.

Voorbeeld 1: risico hoog

Onderwerp	Beheersingsdoelstelling	Ref	Omschrijving risico	Bruto risico 2017	Categorie	Toelichting	Niveau	Bruto risico 2018	
2. Polikliniekbezoeken	De juiste declaratie van zorgactiviteiten uit zorgprofielklasse 1 (polikliniek) is geborgd	2.1	Het onterecht declareren van een polikliniekbezoek indien er geen face-to-face contact is geweest van de patiënt met een daartoe bevoegd persoon	Hoog	Impact	Kwantitatief	- Het poliklinisch proces heeft met een omzet ad. € 55 miljoen een zeer belangrijke bijdrage (37,2%) aan de omzet MSZ (zie tabblad 'omzet per proces'). - Het poliklinisch proces heeft een grote impact op de afleiding van een DBC-zorgproduct. - De prijs kan aangepast worden doordat de onjuiste registratie ertoe leidt dat het DBC-zorgproduct nu afleedt tot een lichter/zwaarder zorgproduct of tot een uitvalproduct. In het geval dat het DBC-zorgproduct een opname of operatie bevat zal in de meeste gevallen het DBC-zorgproduct niet wijzigen.	4	Hoog
						Kwalitatief	- De zorgactiviteit wordt meer dan dagelijks geregistreerd. - Is de kans op een foutieve registratie hoog.	2	
					Kans	Kwantitatief	- Het proces kan grotendeels ingericht worden met handmatige/IT afhankelijke beheersmaatregelen. - Er wordt gebruik gemaakt van een volwassen systeem dat voldoende mogelijkheden heeft om beheersingsmaatregelen in te regelen (Chipssoft HIX). - Het proces vereist in beperkte mate inhoudelijke afwegingen van de registrerende zorgprofessional op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklachten te behandelen. - De complexiteit van de regelgeving verhoogt wel de kans op een foutieve registratie, met name door de uitzondering herhaalconsult ingepland vóór een ongeplande opname en de verschillende registratie van een KIC en MB met bijbehorende trajecten. Deze regelgeving veroorzaakt ook de noodzaak van handmatige/IT afhankelijke maatregelen in plaats van geautomatiseerde controles. Tevens is niet elke arts bevoegd om een face to face contact vast te leggen. Daarnaast is de regelgeving recent gewijzigd, waarbij bepaalde e-consulten worden vergoed. Gezien de recente wijzigingen en het feit dat niet alle e-consulten meelaten als consult, is het waarschijnlijk dat hier fouten worden gemaakt. Deze regelgeving veroorzaakt ook de noodzaak van handmatige/IT afhankelijke maatregelen in plaats van geautomatiseerde controles.	4	
						Kwalitatief	- Het proces kan grotendeels ingericht worden met handmatige/IT afhankelijke beheersmaatregelen. - Er wordt gebruik gemaakt van een volwassen systeem dat voldoende mogelijkheden heeft om beheersingsmaatregelen in te regelen (Chipssoft HIX). - Het proces vereist in beperkte mate inhoudelijke afwegingen van de registrerende zorgprofessional op het vaststellen van een diagnose en het geheel van maatregelen dat moet worden genomen om een veronderstelde of bestaande ziekte en de bijbehorende gezondheidsklachten te behandelen. - De complexiteit van de regelgeving verhoogt wel de kans op een foutieve registratie, met name door de uitzondering herhaalconsult ingepland vóór een ongeplande opname en de verschillende registratie van een KIC en MB met bijbehorende trajecten. Deze regelgeving veroorzaakt ook de noodzaak van handmatige/IT afhankelijke maatregelen in plaats van geautomatiseerde controles. Tevens is niet elke arts bevoegd om een face to face contact vast te leggen. Daarnaast is de regelgeving recent gewijzigd, waarbij bepaalde e-consulten worden vergoed. Gezien de recente wijzigingen en het feit dat niet alle e-consulten meelaten als consult, is het waarschijnlijk dat hier fouten worden gemaakt. Deze regelgeving veroorzaakt ook de noodzaak van handmatige/IT afhankelijke maatregelen in plaats van geautomatiseerde controles.	3	

Impact kwantitatief:

Voor het risico met betrekking tot polikliniekbezoeken hebben we de omzetstroom voor het gehele poliklinisch proces gepakt. Het face-to-face contact geldt voor alle zorgactiviteiten en is derhalve op het gehele proces van toepassing. De totale omzetstroom is bepaald aan de hand van de omzet die geraakt wordt door dit proces. In de staffel valt deze omzetstroom in de hoogste categorie 4.

Impact kwalitatief:

Hoewel het polikliniekbezoek vaak invloed heeft op de afleiding, zal deze geen effect hebben in het geval een DBC een operatie of verpleegdag bevat. Derhalve is de impact kwalitatief bepaald op een 2. Imagoschade is niet meegewogen bij de impact kwalitatief, aangezien dit gezien wordt als een bedrijfsrisico

Kans kwantitatief:

De zorgactiviteit wordt meer dan dagelijks geregistreerd en er is een reële foutkans.

Kans kwalitatief:

We kunnen het proces maar deels beheersen. We kunnen de voorwaarden wel creëren voor een correcte registratie (alleen mogelijk in agenda's gerechtigden, autorisaties in het proces) maar het daadwerkelijk vaststellen of de patiënt wel gezien is blijft dossierwerk, en zelfs dan hebben we geen zekerheid. Verder vanwege de complexiteit van de regelgeving (wanneer mag het nu wel of niet, welke zorgactiviteit moet ik hebben ?) schalen we dit risico in als een 3.

Voorbeeld 2: risico middel

Onderwerp	Beheersingsdoelstelling	Ref	Omschrijving risico	Bruto risico 2017	Categorie	Toelichting	Niveau	Bruto risico 2018	
2. Polikliniekbezoeken	De juiste declaratie van zorgactiviteiten uit zorgprofielklasse 1 (polikliniek) is geborgd	2.5	Het onterecht declareren van een medebehandeling.	Hoog	Impact	Kwantitatief	- Het poliklinisch proces specifiek medebehandelingen heeft met een omzet van € 665k (0,45%) een redelijke bijdrage aan de omzet MSZ (zie tabblad 'omzet per proces' specifiek medebehandelingen). - Het poliklinisch proces heeft een grote impact op de afleiding van een DBC-zorgproduct. Voor medebehandelingen is dit kleiner dan voor een regulier polikliniek omdat het aannemelijk is dat de patiënt verder behandeld wordt. - De prijs kan aangepast worden doordat de onjuiste registratie ertoe leidt dat het DBC-zorgproduct nu afleedt tot een lichter/zwaarder zorgproduct of tot een uitvalproduct. In het geval dat het DBC-zorgproduct een opname of operatie bevat zal in de meeste gevallen het DBC-zorgproduct niet wijzigen. - Imagoschade bij dit risico zal gering zijn vanwege de complexe regelgeving m.u.v. grootschalige fraude.	2	Middel
						Kwalitatief	- De zorgactiviteit wordt meer dan dagelijks geregistreerd. - De kans op een foutieve registratie is aanwezig.	2	
					Kans	Kwantitatief	- Het proces kan grotendeels geautomatiseerd worden middels de orderregistratie. - Er wordt gebruik gemaakt van een volwassen systeem betreft en voldoende mogelijkheden heeft om beheersingsmaatregelen in te regelen (Chipssoft HIX). - Het proces vereist inhoudelijke afwegingen van de registrerende zorgprofessional dat er beoordeeld dient te worden of het consult diagnostisch van aard is of dat er sprake is van een medebehandeling. - De complexiteit van de regelgeving verhoogt de kans op een foutieve registratie, met name doordat het onderscheid tussen MB/KIC niet altijd even duidelijk is voor de registrerende zorgprofessional.	3	
						Kwalitatief	- Het proces kan grotendeels geautomatiseerd worden middels de orderregistratie. - Er wordt gebruik gemaakt van een volwassen systeem betreft en voldoende mogelijkheden heeft om beheersingsmaatregelen in te regelen (Chipssoft HIX). - Het proces vereist inhoudelijke afwegingen van de registrerende zorgprofessional dat er beoordeeld dient te worden of het consult diagnostisch van aard is of dat er sprake is van een medebehandeling. - De complexiteit van de regelgeving verhoogt de kans op een foutieve registratie, met name doordat het onderscheid tussen MB/KIC niet altijd even duidelijk is voor de registrerende zorgprofessional.	3	

Impact kwantitatief:

Voor het risico m.b.t. medebehandelingen hebben we gekozen om de impact kwantitatief op zorgactiviteit niveau te scopen. Door de lage drempels die wij hanteren komen we toch nog op

niveau 2. Basis hiervoor is de analyse van CasemixCorrect geweest die berekend wat de totale waarde bijdrage is geweest van alle geregistreerde medebehandelingen over een facturatiejaar.

Impact kwalitatief:

Er wordt bij de impact rekening gehouden met het feit dat de polikliniekbezoeken in de beslisboom vaak onderaan geassocieerd zijn. Ze hebben impact maar een verpleegdag of een operatieve verrichting zal eerder invloed hebben op de afleiding.

Kans kwalitatief:

Medebehandelingen worden meer dan dagelijks geregistreerd maar niet in de massa zoals polikliniekbezoeken. Derhalve is hier gekozen voor een 3.

Kans kwalitatief:

Er moet hier gekeken worden naar het bruto risico maar indirect moet je toch rekening houden met de beheersmaatregelen die mogelijk zijn in je EPD. Veel van de voorwaarden kunnen middels application controls en IT-dependent controls afgedekt worden, maar er is nog altijd een inhoudelijke afweging van de specialist nodig in het geval van het 'grijze' gebied van w behandelen.

Voorbeeld 3: Laag

Onderwerp	Beheersingsdoelstelling	ref	Omschrijving risico	Bruto risico 2017	Impact	Categorie	Toelichting	Niveau	Bruto risico 2018
2. Kliniek en IC	De juiste registratie van zorgactiviteiten uit zorgprofielklasse 3, 18 en 19 (kliniek/verpleegdag IC) is geborgd	3.2.8	Het onterecht declareren van de zorgactiviteit IC-consult , terwijl er niet aan de voorwaarden voor het declareren van een IC-consult wordt voldaan.	Out-of-scope	Impact	Kwantitatief	-Het proces rondom IC-consulten heeft met € 2k (0,00%) een dergelijk beperkte omvang dat het voorstel is het risico als 'laag' aan te merken. Zie data-export 20180430 IC-consulten	1	Laag
					Risico	Kwantitatief			
						Kwantitatief			
						Kwantitatief			

IC consulten vallen met hun beperkte omvang van < 0,2% van de omzet in de laagste klasse van onze staffel. Het risico wordt derhalve per definitie als laag aangemerkt en wordt niet nader geanalyseerd op de overige 3 aspecten.

Verschil met landelijke risicolijst tav aggregatieniveau

Hieronder is een voorbeeld uitgewerkt waarbij het aggregatieniveau van de landelijke risicolijst wordt vergeleken met uiteindelijk opgenomen in de risico analyse.

Landelijke risicolijst

De volgende risico's komen terug op de landelijke risicolijst.

1. De gegevens van de verwijzer worden onjuist of onvolledig geregistreerd, waardoor het zorgproduct niet kan worden gedeclareerd of de declaratie is gebaseerd op onjuiste registratie.
2. De verwijzer heeft geen geldige AGB-code of er is helemaal geen AGB-code, waardoor het zorgproduct niet kan worden gedeclareerd.
3. Er is sprake van een niet geldige verwijzing, waardoor het initiële zorgproduct niet mag worden gedeclareerd (uitzondering acute zorg; let op verwijzing eigen personeel/familieden etc.).
4. Verwijzing ontbreekt, waardoor het initiële zorgproduct niet mag worden gedeclareerd (uitzondering acute zorg).
5. Er wordt een onjuiste type verwijzer gevuld.

HORIZONTALTOEZICHTZORG

Uitwerking bij zorgaanbieder

Er is geen geldige verwijzing/verwijzer, waarbij sprake kan zijn van een onjuiste of onvolledige registratie verwijzer/verwijstype, de verwijzer heeft geen geldige AGB code en/ of er is geen geldige verwijzing.