

Optimalisatie registratie- en declaratieproces vrijgevestigden GGZ

Reduceren van knelpunten, afkeuringen &
administratieve lasten en het vergroten van de
rechtmatigheid

- Datum: 28 juni 2016
- Versie: 1.1
- Auteur: Arteria Consulting, Quinten Selhorst & René Meijer

1. Management Samenvatting

Opdracht

Met het programma 'Rechtmatige Zorg' dat de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna: VWS) op 27 maart 2015 naar de Tweede Kamer stuurde, wil het ministerie van VWS de rechtmatigheid in het brede domein van de zorg verbeteren. Veldpartijen uit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn gevraagd deel te nemen aan de werkgroep "snel en correct declareren GGZ"¹ met als doel de vaak onbedoelde fouten en knelpunten in declaratieverkeer tussen aanbieders en financiers te voorkomen. De werkgroep "snel en correct declareren" heeft vastgesteld dat het proces van registreren en declareren bij vrijgevestigde zorgaanbieders wezenlijk verschilt van dat van instellingen en daarom een apart onderzoek verdient.

In opdracht van de werkgroep heeft Arteria Consulting het onderzoek uitgevoerd. Het doel van dit onderzoek is tweeledig:

1. De meest voorkomende fouten en knelpunten in het proces van registreren en declareren van geleverde zorg door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de GGZ zijn in kaart gebracht en geprioriteerd.
2. Op basis hiervan is een lijst van concrete verbetervoorstellen geformuleerd die deze fouten en knelpunten reduceren.

Onderzoeksmethodiek

Om bovenstaande doelen te realiseren is een onderzoeksmethodiek gehanteerd waarbij zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek is uitgevoerd.

Voor het kwantitatief onderzoek is gebruik gemaakt van een Quick scan, waarbij een vragenlijst is uitgezet onder de leden van de drie branchepartijen (NIP, LVVP en NVvP). Met een respons van 140 geretourneerde vragenlijsten is het mogelijk geweest een goed beeld te schetsen van de meest belangrijke fouten en knelpunten binnen het registratie en declaratieproces.

Naast het kwantitatief onderzoek is voor het kwalitatief onderzoek gebruik gemaakt van een expertgroep bestaande uit 6 vrijgevestigde behandelaren, 3 zorgverzekeraars en 2 softwareleveranciers. Deze expertgroep is samengesteld met de leden van de werkgroep 'snel en correct declareren GGZ', en vormen gezamenlijk een goede dwarsdoorsnede van de vrijgevestigde markt. Met deze leden van de expertgroep zijn ook aanvullende semigestructureerde interviews afgenomen.

Het onderzoek is daarbij aangevuld met landelijke gegevens over declaraties en afkeuringen in 2015 van VECOZO. Daarnaast is bij de NZa uitgevraagd wat de meest gestelde vragen van vrijgevestigden aan de NZa zijn, over de zorgproducten-, DBC-systematiek en de bijbehorende declaratieregels.

¹ De werkgroep "snel en correct declareren GGZ" bestaat uit: GGZNL, NIP, LVVP, NVvP, ZN, NZa en VWS. Voor het onderzoek binnen de vrijgevestigde GGZ maakte GGZNL geen deel uit van de werkgroep.

Resultaten

Op basis van het uit uitgevoerde onderzoek zijn 13 fouten en knelpunten binnen het registratie en declaratieproces geïdentificeerd. Deze fouten en knelpunten zijn in eerste instantie geprioriteerd aan de hand van enerzijds de frequentie/kans van voorkomen en anderzijds de impact (tijdsinzet bij herstel en financieel risico). Op deze manier zijn fouten en knelpunten in de onderstaande tabel (A) geprioriteerd naar de klassen: Hoog (rood), middel (oranje) of laag (groen).

Tabel A: Prioritering fouten en knelpunten middels impact versus frequentie

Prioritering van risico's	Kleine impact	Grote Impact
Lage frequentie/kans	<ol style="list-style-type: none"> Te verrekenen tarief Bijhouden spelregels gGGZ 	<ol style="list-style-type: none"> Parallele DBC's Nutting contract (omzet plafond)
Grote frequentie/kans	<ol style="list-style-type: none"> Contactgegevens patiënt Registratie (gbGGZ & gGGZ) 	<ol style="list-style-type: none"> Verwijzing naar GGZ Spelregels gbGGZ Retour informatie Declareren ongecontracteerde zorg Voorwaarde zorgverzekeraar Privacyverklaring Mogelijkheden softwaresysteem

Bron: Analyse Arteria Consulting op basis van Quick scan en interviews, 21-03-2016

Verbetervoorstellen

Aan de hand van de geprioriteerde fouten en knelpunten heeft Arteria in samenwerking met de expertgroep en werkgroep 'snel en correct declareren GGZ', oplossingen geadviseerd voor het reduceren van de fouten en knelpunten. Deze oplossing zijn in de onderstaande tabel (B).

Tabel B: Geadviseerde oplossing per hoog geprioriteerde fout en knelpunt

Knelpunt		Advies oplossing
1	Verwijzing naar GGZ	Het verwijsformat (op papier) moet meer gebruikt worden door huisartsen, daarnaast digitaliseren van verwijzing zoals in MSZ.
2	Spelregels gbGGZ	Vrijgevestigden meer wijzen op beschikbare informatie (zoals FAQ's) en verder inventariseren waar behoefte aan is.
3	Retourinformatie	Aansluiten retourinformatie op kennisniveau vrijgevestigden en deze wijzen op beschikbare informatie (zoals validatiemodule VECOZO).
4	Declareren ongecontracteerde zorg	Samenvoegen van algemene bepalingen uit voorwaarden van zorgverzekeraars m.b.t. declaratie ongecontracteerde zorg.
5	Voorwaarde zorgverzekeraar	Verhogen bewustzijn vrijgevestigden van contractvoorwaarden bij ondertekening en het samenstellen van 'algemene bepalingen'.
6	Privacyverklaring	Start onderzoek naar de praktische uitvoerbaarheid binnen het registratie- en declaratieproces.
7	Mogelijkheden softwaresysteem	Samenstellen en in gebruik nemen van een keurmerk voor softwareleveranciers binnen de cGGZ.

Bron: Analyse Arteria Consulting op basis van Quick scan, interviews en expertgroep, 21-03-2016

Inhoudsopgave

1.	Management Samenvatting	2
2.	Aanleiding	5
3.	Probleemstelling	6
4.	Doel onderzoek	7
5.	Onderzoeksmethode	8
5.1.	Randvoorwaarden voor het onderzoek	8
5.2.	Aanpak	8
6.	Resultaten	12
6.1.	Landelijke gegevens VECOZO	12
6.2.	Helpdeskvragen NZa	15
6.3.	Quick scan vrijevestigden	15
6.4.	Interviews Expertgroep	17
6.5.	Expertbijeenkomst	18
7.	Conclusies	20
7.1.	Het aantal afgekeurde declaraties is beperkt	20
7.2.	Groot aanbod softwarepakketten veroorzaakt veel knelpunten	20
7.3.	Knelpunten vooral aan begin en einde registratie- en declaratieproces	21
7.4.	Vershil beleidsregels gbGGZ en gGGZ leidt tot onduidelijkheden	21
7.5.	Differentiatie van behandelaren leidt tot gedifferentieerde knelpunten	21
8.	Oplossingen en vervolgacties	22
8.1.	Verwijzingen naar GGZ	22
8.2.	Spelregels gbGGZ	24
8.3.	Retourinformatie	25
8.4.	Declareren ongecontracteerde zorg	26
8.5.	Voorwaarden zorgverzekeraars	27
8.6.	Privacyverklaring	28
8.7.	Mogelijkheden softwaresysteem	29
9.	Contact	31
10.	Bijlagensectie	32
10.1.	Bijlage 1:	32
10.2.	Bijlage 2	39
10.3.	Bijlage 3	41
10.4.	Bijlage 4	47
10.5.	Bijlage 5	49

2. Aanleiding

Met het programma 'Rechtmatige Zorg' dat de Minister en Staatssecretaris van Volksgezondheid Welzijn en Sport (hierna: VWS) op 27 maart 2015 naar de Tweede Kamer stuurden, wil het ministerie van VWS de rechtmatigheid in het brede domein van de zorg verbeteren. Veldpartijen uit de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn gevraagd deel te nemen aan een werkgroep "snel en correct declareren GGZ" met als doel de vaak onbedoelde fouten in declaratieverkeer tussen aanbieders en financiers te voorkomen. Deze fouten zijn vaak het gevolg van de complexiteit van de regelgeving en verschillen in interpretatie hiervan. De werkgroep "snel en correct declareren" heeft vastgesteld dat het proces van registreren en declareren bij vrijgevestigde zorgaanbieders wezenlijk verschilt van dat van instellingen en daarom een apart onderzoek verdient. Aan het Nederlands Instituut van Psychologen (hierna: NIP), Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (hierna: LVVP) en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (hierna: NVvP), die in de werkgroep de vrijgevestigde aanbieders vertegenwoordigen, is door de werkgroep snel en correct declareren gevraagd een plan van aanpak uit te werken op basis van een discussienotitie van deze drie partijen die is ingebracht in de werkgroep van 26 juni 2015.

Het door de werkgroep opgestelde en met VWS afgestemde plan van aanpak, diende als goed fundament voor het project 'optimalisatie van de registratie en declaratie door vrijgevestigden'. Doel van het project is het voorkomen van onbedoelde fouten in het declaratieproces en de ervaren frustraties over de administratieve lasten. Voor dit project is Arteria Consulting gevraagd een rapportage op te leveren met daarin:

1. Een systematische inventarisatie van fouten en knelpunten in het registratie- en declaratieproces in de curatieve GGZ bij vrijgevestigden vanaf de opening van de behandeling tot en met de uitbetaling van het gedeclareerde bedrag;
2. Per fout/knelpunt een ordening naar risico en impact;
3. Per fout/knelpunt met een hoge prioriteit een concrete maatregel om het risico/impact te verminderen tot aanvaardbare grootte of op te lossen;
4. Aanbevelingen voor de implementatie van onder punt 3 genoemde maatregelen met daarbij de aangewezen trekker en randvoorwaarden (bijvoorbeeld kostendragers, regelgeving of politieke besluitvorming).

3. Probleemstelling

Vrijgevestigde zorgaanbieders in de curatieve GGZ leveren zorg in een kleinschalige eigen praktijk in verschillende rechtsvormen (ZZP, eenmanszaak, maatschap, VOF of BV) en zijn in grote mate zelf verantwoordelijk voor het leveren van goede en verantwoorde zorg conform de professionele standaard. Daarbij hoort ook een degelijke bedrijfsvoering. De LVVP, het NIP en de NVvP ontvangen van hun zelfstandig gevestigde leden regelmatig signalen dat het proces van registreren en declareren complex is en veel tijd in beslag neemt. De beschikbare software kan veel, maar niet alles. De regelgeving laat soms ruimte over voor interpretatie en zorgverzekeraars hanteren verschillend beleid en inkoopvoorwaarden. Zo hangt het van de polis van de cliënt af of, tegen welke voorwaarden en tegen welk tarief een behandeling vergoed wordt. In de praktijk blijkt dat softwaresystemen hier niet altijd op aangepast (kunnen) worden.

Dit alles kan leiden tot afgekeurde declaraties met meer inzet van administratieve tijd voor behandelaren en zorgverzekeraars als gevolg. Niet alleen levert dit frustratie op bij de aanbieder, maar het gaat ook ten koste van de beschikbare tijd voor de patiënt. VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (hierna: NZa) en de zorgverzekeraars willen fouten voorkomen met het oog op rechtmatigheid van de geleverde zorg. Het NIP, LVVP en NVvP willen met het optimaliseren van het proces van registreren, declareren en controleren vooral onbedoelde fouten in het declaratieproces voorkomen en de frustraties over de administratieve lasten onder hun achterban adresseren.

In deze rapportage staan suggesties beschreven voor optimalisatie van het proces van registreren en declareren van verzekerde zorg in de GGZ, ter voorkoming van fouten en het oplossen van knelpunten.

4. Doel onderzoek

Dit onderzoek heeft twee doelen:

1. De meest voorkomende fouten en knelpunten, in het proces van registreren en declareren van geleverde zorg door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de GGZ, in kaart brengen en prioriteren.
2. Op basis van de in kaart gebrachte en geprioriteerde knelpunten een lijst van concrete verbetervoorstellen formuleren om deze knelpunten en risico's op fouten te reduceren.

Het begrip fouten en knelpunten is in dit onderzoek breed opgevat. Het onbedoeld ontbreken van informatie, zoals datum of nummers, foutief ingevulde data, en declareren van zorg die op grond van de Zvw, zorgpolis van cliënt of contract tussen aanbieder en verzekeraar niet tot verzekerde zorg behoort, valt hier allemaal onder. Hoewel de laatste categorie geen fout is, maar een onterechte declaratie, wordt deze soms veroorzaakt door een vergissing in het declaratieproces (bijvoorbeeld de verkeerde diagnosecode ingevuld). Omdat dit tot veel problemen leidt, wordt deze categorie ook meegenomen in dit onderzoek.

De suggesties beogen dat het proces van registreren en declareren wordt geoptimaliseerd met een positief resultaat voor zowel de aanbieder als de zorgverzekeraar. De voorstellen in deze eindrapportage zijn ook voor beide partijen herkenbaar, gedragen en uitvoerbaar. Voor een effectieve uitvoering van de verbetervoorstellen uit deze rapportage is commitment nodig van alle partijen. Het daadwerkelijk implementeren van de voorstellen wordt dan ook voorzien in het vervolg van dit traject in 2016.

5. Onderzoeksmethode

5.1. Randvoorwaarden voor het onderzoek

Het door de werkgroep opgestelde en met VWS afgestemde plan van aanpak, heeft conform afspraak als uitgangspunt gediend voor het onderzoek 'optimalisatie van de registratie en declaratie door vrijgevestigden'.

In onze visie waren er drie punten randvoorwaardelijk om deze eindrapportage op te kunnen leveren met daarin concrete verbetervoorstellen om knelpunten en risico's significant te reduceren, te weten:

- **Representatieve vertegenwoordiging en expertise van vrijgevestigden**

Er is veel praktijkvariatie onder vrijgevestigden. Zo is er het beroepsmatige onderscheid tussen een psycholoog, psychotherapeut en psychiater, en daarnaast de variatie in praktijkomvang. Een fout of knelpunt kan specifiek gelden voor een bepaalde groep in de achterban (bijvoorbeeld vrijgevestigden die minder dan 2 dagen werken). Om die reden is een representatieve doelgroep in de expertgroep van groot belang.

- **Actieve participatie van zorgverzekeraars, softwareleveranciers, NZa en VWS**

Voor het aandragen van knelpunten, verbeterpunten en het uitvoeren van een verbeteringsplan is de participatie van partijen anders dan 'de vrijgevestigden' van groot belang (stakeholders). Uiteindelijk keuren bijvoorbeeld de zorgverzekeraars een declaratie goed of af. Het laten aansluiten bij dit onderzoek van de stakeholders is dus relevant.

- **Aansluiting op andere werkgroepen in sector GGZ**

Naast vrijgevestigden werken ook instellingen en zorgverzekeraars aan het optimaliseren van het registratie en declaratieproces. Dit onderzoek onder vrijgevestigden vormt een onderdeel van de bredere optimalisatie onder alle type zorgaanbieders in de GGZ (zoals instellingen, PAAZ en PUK). Het is van belang dat de uitkomsten van de onderzoeken bij instellingen en vrijgevestigden uiteindelijk samen komen, zodat een sector brede lijn gevolgd kan worden bij de optimalisatie voor snel en correct declareren.

Voor dit onderzoek zijn alle drie randvoorwaarden ingevuld.

5.2. Aanpak

Om het doel van dit traject te bereiken, is gekozen voor onderstaande aanpak en fasering.

5.2.1. Fase 1: Systematische verkenning van de veelvoorkomende fouten en knelpunten

Voor het slagen van het project was de samenstelling van de expertgroep van belang. Samen met het NIP, LVVP en NVvP, heeft de projectleider de vrijgevestigden voor de expertgroep benaderd. Deze vrijgevestigden waren van tevoren door de drie branchepartijen geselecteerd. Daarnaast heeft de projectleider de zorgverzekeraars en softwareleveranciers geselecteerd en benaderd voor deelname aan de expertgroep. De expertgroep bestaat uit de volgende leden:

1. **Vrijgevestigden (6 leden):**

Bij de samenstelling is naast beroepsmatig onderscheid van de vrijgevestigden en omvang van de praktijk, tevens gelet op het kennisniveau van de vrijgevestigden (en leden van de expertgroep in algemene zin).

2. **Zorgverzekeraars (3 leden)**

Samen met Zorgverzekeraars Nederland is een aantal zorgverzekeraars (CZ, Menzis en Z&Z) benaderd met de vraag of zij iemand konden afvaardigen die direct te maken heeft met

declaraties van vrijevestigden. Dit om zicht te krijgen in het aantal declaraties en het aantal afwijzingen. Daarbij heeft het onderzoek zich niet alleen op goed- of afkeuren van declaraties gericht, maar ook op de mogelijkheden waarop een declaratie aangeboden wordt (bijvoorbeeld in hardcopy of digitaal).

3. Softwareleveranciers (2 leden)

Vrijevestigden zijn afhankelijk van de software die zij gebruiken voor de registratie van zorg en de declaratie. Kennis en gemak van het softwarepakket kunnen leiden tot een soepel of frustrerend werkproces. Namens de softwareleveranciers namen Trompbx (CRSInternet) en ASI (Perplex) deel aan de expertgroep.

Naast het opstarten van de expertgroep, zijn in deze fase ook de meest voorkomende fouten in kaart gebracht aan de hand van een systematische verkenning middels een Quick scan. Doorslaggevend voor de keuze om de Quick scan, als kwantitatieve onderzoeksmethode, is dat met deze methodiek, in korte tijd, een goed beeld geschetst kan worden van de meest belangrijke onderwerpen binnen een bepaalde thematiek (in dit geval het registratie- en declaratieproces van vrijevestigden in de GGZ). Met andere woorden: “Welke fouten en knelpunten leven onder de vrijevestigde behandelaren. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen de volgende fases in het declaratieproces:

1. Aanmelding en intakeproces
2. Start behandeling
3. Afsluiten van het zorgproduct/DBC
4. Declaratieproces

Voor het uitvoeren van de Quick scan is een vragenlijst uitgezet door de drie participerende branchepartijen (NIP, LVVP en de NVvP) onder de bij hen aangesloten leden (c.a. 3500²). In totaal heeft Arteria 140 geretourneerde vragenlijsten ontvangen. Een Quick scan stelt niet ten doel representatief te zijn, maar binnen er is wel onderzocht in welke mate de Quick scan representatief is.

Gezien het aantal leden van de branchepartijen, is een respons van 200 nodig om een kwantitatief onderzoek als representatief te bestempelen. Aangezien dit niet het doel was van de Quick scan, is niet gestuurd op een minimum aantal geretourneerde vragenlijsten. Wel heeft Arteria respondenten op basis van de werkzaamheid binnen een sector (gbGGZ, gGGZ of beide), getoetst aan het algemeen beeld bij van de branchepartijen. Dit om zo toch iets te kunnen zeggen over de representativiteit. Voor de drie branchepartijen is de verdeling van de respondenten herkenbaar op het gebied van werkzaamheid in de gbGGZ of gGGZ. Van de respondenten is 22,5 procent (31 respondenten) enkel werkzaam in de generalistische basis GGZ, 33,5 procent (45 respondenten) alleen werkzaam in de gespecialiseerde GGZ en 42 procent (58 respondenten) werkzaam in beide sectoren.

De respondenten hebben een mail gekregen met daarin het verzoek een vragenlijst (zie bijlage 1), in te vullen en antwoorden te formuleren op vragen als:

1. Wat zijn bij de zorgverzekeraars de redenen voor het afkeuren van een declaratie vooraf en achteraf, bij voorkeur toegespitst naar zelfstandig gevestigde aanbieders. In welke fase van het deelproces ontstaat het probleem waardoor de declaratie wordt afgekeurd?
2. Wat zijn de meest gestelde vragen aan de NZa over de DBC-systematiek en de declaratieregels? Over welke fase van het deelproces worden vragen gesteld?

² Het exacte aantal vrijevestigde psychologen en psychiaters in Nederland is onbekend omdat er een groep is die nog wel ingeschreven staat, maar niet meer praktiserend is.

3. Wat zijn bij zelfstandig gevestigde aanbieders de drie meest genoemde frustraties/fouten en knelpunten in het proces van registreren en declareren, gerelateerd aan afgekeurde declaraties? In welke fase van het deelproces bevindt ieder knelpunt zich?

Naast deze vragenlijst, heeft Arteria Consulting aanvullend een kwalitatieve inventarisatie uitgevoerd door het afnemen van (telefonische) interviews met de leden uit de expertgroep. Hierbij is gevraagd welke fouten in het registratie- en declaratieproces worden gemaakt en of deze fouten leiden tot afgewezen declaraties en/of meer administratief werk. Naast deze kwalitatieve onderzoekbenadering, is ook aan de respondenten gevraagd of zij de fouten en knelpunten kwantitatief kunnen onderbouwen. Dit heeft mede geholpen bij het prioriteren van de fouten en knelpunten. Daarnaast is aan VECOZO gevraagd een overzicht aan te leveren van de technische (N1 tot en met N5 controles) afwijzingen en de NZa gevraagd hun top 10 helpdeskvragen van vrijgevestigden aan te leveren.

5.2.2. Fase 2: Toetsen en uitwerken risico's en oplossingsrichtingen in expertgroep

In de tweede fase zijn de resultaten uit fase 1 van dit onderzoek voorgelegd aan de expertgroep. In overleg met de expertgroep is een prioritering aangebracht van de fouten en knelpunten op basis van een viertal criteria:

- de frequentie van voorkomen,
- de ervaren last in tijd en energie die het vraagt om het te herstellen,
- de mate van frustratie die het oplevert bij de aanbieder en
- de financiële risico's.

De kans op een fout is bepaald door na te gaan hoe vaak het zich voordoet in de praktijk en of er waarborgen in het systeem zijn (bijvoorbeeld controlemechanisme in de software). De impact is bepaald aan de hand van het financieel risico voor de aanbieder, de mate van frustratie en hoeveelheid tijd die de aanbieder eraan kwijt is. Bijvoorbeeld hoog (behandeling had niet gedeclareerd mogen worden en wordt geheel teruggevorderd of wordt juist ten onrechte geweigerd) of laag, er wordt een te hoog of te laag bedrag gedeclareerd. Op deze manier zijn 3 prioriteitsklassen aangemerkt: Hoog, middelhoog of laag.

Tabel 1: Prioriteringscriteria fouten en knelpunten registratie- en declaratieproces vrijgevestigden GGZ

Prioritering van risico's	Kleine impact	Grote Impact
Lage frequentie/kans	Lage prioriteit	Middelhoge prioriteit
Grote frequentie/kans	Middelhoge prioriteit	Hoge prioriteit

Bron: Arteria Consulting

Naast het prioriteren van fouten en knelpunten is in deze fase een eerste aanzet gedaan tot het komen van oplossingsrichtingen. Deze zijn vervolgens verder uitgewerkt in fase 3.

5.2.3. Fase 3: Uitwerken oplossingsrichtingen en randvoorwaarden in teams

De belangrijkste oplossingsrichtingen en randvoorwaarden zijn in deze fase conform het plan van aanpak uitgewerkt. Daarbij is aan de leden van de expertgroep gevraagd gebruik te maken van oplossingsrichtingen die vanuit hun praktijk/veld van toepassing zijn. Op basis van de kwantificering van het aantal fouten en knelpunten is in deze fase ook nagegaan of een

oplossingsrichting ook daadwerkelijk tot minder afwijzingen, meerwerk en/of hogere kosten voor de patiënt zal leiden. De resultaten van deze stap zijn meegenomen in de aanbevelingen (vierde fase) en vormen ook het bewijs dat de oplossingsrichtingen concreet bijdragen aan het ervaren probleem.

5.2.4. Fase 4: Aanbevelingen en implementatie

In de laatste fase hebben we dit eindrapport vormgegeven met daarin onze adviezen voor de verdere implementatie van de oplossingsrichtingen en het monitoren van de voortgang. Ook benoemen we bij de aanbevelingen of iets van invloed is op meerdere instellingen en of ze daarmee gezamenlijk iets op moeten pakken. Tot slot is het voor de eenduidigheid in de GGZ van belang dat de uitkomsten van dit project aansluiten bij de sector brede werkgroep 'snel en correct declareren GGZ'. De sector brede werkgroep bestaat ook uit branchepartijen van instellingen. Hiermee wordt geborgd dat de uitkomsten van dit project ook als input gebruikt kunnen worden voor de discussie tussen GGZ-instellingen en zorgverzekeraars.

6. Resultaten

6.1. Landelijke gegevens VECOZO

Voor dit onderzoek is VECOZO een belangrijke bron voor het kwantificeren van het aantal afgewezen digitale declaraties in de curatieve GGZ. Alle zorgverzekeraars en nagenoeg alle zorgaanbieders in Nederland zijn aangesloten bij VECOZO, omdat VECOZO een digitale omgeving aanbiedt waarin zorgaanbieders en zorgverzekeraars onder andere declaraties kunnen uitwisselen. Naast deze functie voert VECOZO ook technische controles uit op het declaratieverkeer en retourneert uitkomsten van systeemcontroles door zorgverzekeraars.

Nagenoeg alle digitale declaraties worden uitgewisseld via VECOZO. Alleen ingediende en afgekeurde papieren declaraties zitten niet in de data van VECOZO. Met dank aan VECOZO is het voor dit onderzoek mogelijk om het aantal afkeuringen inzichtelijk te maken naar declaratiestandaard, type zorgaanbieder, softwareleverancier en retourcode.

6.1.1. Afkeuringen per declaratiestandaard

In het eerste overzicht is het aantal afkeuringen weergegeven op basis van het totaal aantal ingediende declaraties in 2015 (zie tabel 2). Deze declaraties zijn afkomstig van zowel vrijevestigde behandelaren als instellingen. Daarbij is in de tabel inzichtelijk gemaakt of de declaratie gedeeltelijk of volledig is afgekeurd en wat de gebruikte declaratiestandaard is. Bij een afgekeurde declaratie wordt de reden daarvan in de retourinformatie kenbaar gemaakt via retourcodes, meer informatie over retourcodes is te vinden in bijlage 5.

Bij een gedeeltelijke afkeuring zal het door de zorgverzekeraar betaalde bedrag, lager zijn dan het door de zorgaanbieder ingediende bedrag. Bij een volledige afkeuring wordt de declaratie niet betaald door de zorgverzekeraar. Het aantal afkeuringen is een opsomming van de technische controles van VECOZO en de systeemcontroles van de zorgverzekeraars. Voor het indienen en controleren van zorgprestaties middels een digitale declaratie maken zorgaanbieders en zorgverzekeraars gebruik van een bepaalde declaratiestandaard. Een declaratiestandaard kan over de jaren heen wijzigen, bijvoorbeeld door de komst van nieuwe zorgprestaties. Indien nieuwe zorgprestaties niet gedeclareerd of gecontroleerd kunnen worden in de bestaande declaratiestandaard, kan er een nieuwe standaard ontwikkeld worden. Zo is per 1 januari 2014 de declaratiestandaard GZ321 1.0 geïmplementeerd in de GGZ.

Tabel 2: Afkeuringstotalen per declaratiestandaard in 2015

Declaratiestandaard	Totaal	GZ321 1.0 (1-1-2014)	GZ311 2.1 (1-1-2013)	GZ311 2.0 (1-1-2012)	GZ311 1.1 (1-1-2011)
Ingediende declaraties	443.541	397.656	35.911	7.510	2.464
Aantal gedeeltelijke afkeuringen	10.317	9.926	227	164	0
Gedeeltelijke afkeuringen in %	2,3%	2,5%	0,6%	2,2%	0,0%
Aantal volledige afkeuringen	4.300	2.817	428	796	259
Volledige afkeuringen in %	1,0%	0,7%	1,2%	10,6%	10,5%

Bron: VECOZO, 29 februari 2016

Bovenstaand overzicht (tabel 2) geeft een samenvatting van de ontvangen gegevens van VECOZO over kalenderjaar 2015, geldende voor totale GGZ in Nederland. Uit de aangeleverde cijfers valt op te merken dat van de in totaal 443.541 ingediende declaraties in 2015, gemiddeld 2,3 procent gedeeltelijk en 3,3 procent volledig afgewezen wordt.

Tevens valt uit de tabel op te maken dat gemiddeld 3,2 procent van de ingediende declaraties afgewezen wordt binnen de (meest recente) GZ321 declaratiestandaard en dat in absolute aantallen het aantal volledige afkeuringen met een ruime meerderheid het hoogst is op de GZ321 standaard ten opzichte van de andere standaarden.

6.1.2. Afkeuringen per type zorgaanbieder

Door een combinatie van enerzijds gegevens over softwarepakketten gekoppeld aan personen/individuen die de declaraties indienden, en anderzijds de gegevens van VECOZO, hebben wij een inschatting kunnen maken van het aantal ingediende declaraties en afkeuringen per type zorgaanbieder.

Hierbij is onderscheid gemaakt naar instellingen en vrijevestigden (psychologen en psychiaters). Tevens is onderscheid gemaakt op de volgende onderdelen:

- Of de declaratie is aangeboden vanuit eigen beheer;
- Of de declaratie is aangeboden via een softwarepakket;
- Of de declaratie is aangeboden via een tussenpersoon.

Wanneer een declaratie aangeboden is via 'eigen beheer', betekent dit dat de zorgaanbieder geen gebruik maakt van een softwarepakket. Wanneer gebruik wordt gemaakt van een 'tussenpersoon' (zoals Famed), dan wordt deze declaratie niet rechtstreeks door de zorgaanbieder ingediend.

De informatie uit tabel 3 is ingericht op de zorgstandaard en softwarepakketten. Onderstaande tabel laat zien dat relatief weinig declaraties onder eigen beheer worden ingediend. Daarbij valt op dat de psychiaters die dit doen een hoog percentage afkeuringen hebben (9,8 procent). Procentueel gezien is het verschil in afkeuringen tussen instellingen en vrijevestigden die gebruik maken van een softwarepakket klein. Tevens laat de tabel zien dat het gebruik van een tussenpersoon leidt tot een lager percentage van afkeuringen.

Tabel 3: Afkeuringen per type zorgaanbieder 2015

Retourcode	Marktaandeel declaraties in %	Afkeuringen in %
Eigen beheer: Instelling	4,7%	2,3%
Eigen beheer: Psychologen	1,2%	0,8%
Eigen beheer: Psychiaters	0,3%	9,8%
Software pakket: Instellingen	57,6%	3,1%
Software pakket: Vrijgevestigden	30,3%	3,6%
Tussenpersoon	4,6%	1,0%
Onbekend	1,3%	4,2%
Eindtotaal	100,0%	3,2%

Bron: VECOZO, 29 februari

6.1.3. Afkeuringen per softwareleverancier

Er zijn veel verschillende softwarepakketten op de markt. Op basis van de gegevens van VECOZO kunnen ruim 30 verschillende leveranciers worden onderscheiden. De top 15 van de softwareleveranciers heeft een gecombineerd marktaandeel van 94 procent. De cijfers van tabel 3 gelden voor de gehele GGZ, dus voor zowel vrijevestigde behandelaren als instellingen.

In onderstaande tabel valt op dat het aantal afkeuringen (in procenten) sterk kan verschillen per softwareleverancier. Dit verschil lijkt onafhankelijk te zijn van het marktaandeel van een pakket. Zo heeft de leverancier met het grootste marktaandeel (Medicore) een afkeuringspercentage van minder dan 2 procent, terwijl de leverancier met het een na grootste marktaandeel (Winbase & Raam) een afkeuringspercentage heeft van ruim 6 procent.

Tabel 4: Afkeuringen per softwareleverancier 2015 (alleen declaratiestandaard GZ321 1.0³)

Retourcode	Marktaandeel declaraties in %	Afkeuringen in %
Medicore	14,2%	1,8%
WinBase & Raam	9,9%	6,3%
Convenient	8,0%	3,3%
12Care	7,9%	4,6%
VCD Healthcare	7,6%	3,0%
PinkRocade Healthcare B.V.	7,1%	3,9%
ManageWare Pro	6,4%	3,6%
Impulse Info Systems	5,9%	2,5%
Prosoftware	5,3%	4,2%
Nexus-Nederland B.V.	4,8%	2,2%
Promeetec	4,6%	0,4%
Trompbx	3,9%	1,8%
Allround Services Int. Bv	3,4%	3,3%
Zilos ZGP Services	2,7%	2,2%
Chipsoft	2,2%	0,9%

Bron: VECOZO, 29 februari 2016

³ Voor het vergelijken van softwareleveranciers zijn alleen de declaraties meegenomen die na 1 januari 2014 zijn ingediend.

6.2. Helpdeskragen NZa

6.2.1. Algemeen beeld

Bij de NZa is uitgevraagd wat de meest gestelde vragen van vrijevestigden aan de NZa zijn, over de zorgproducten-, DBC-systematiek en de declaratieregels. Hieronder is een aantal onderwerpen opgenomen waar in algemene zin veel naar gevraagd is (periode juli – december 2015). Ook de onderwerpen waarnaar gevraagd is voor de generalistische basis GGZ (hierna: gbGGZ) en gespecialiseerde GGZ (hierna: gGGZ) staan hieronder vermeld. Omdat de NZa binnengekomen vragen niet specifiek op categorie rapporteert (gbGGZ of gGGZ), is het niet mogelijk om met zekerheid te stellen welke vragen specifiek vanuit de gbGGZ gesteld worden en welke uit de gGGZ. Echter, op basis van de inhoud van vragen is in veel gevallen zichtbaar of de vraag afkomstig is uit de gbGGZ of gGGZ.

In algemene zin komen veel vragen binnen bij de NZa betreffende speciale regelgeving voor vrijevestigden zonder contract. Ook ziet de NZa veel vragen binnenstromen omtrent de verschillende en/of aanvullende eisen van zorgverzekeraars. De vragen van vrijevestigden zonder softwarepakket hebben vooral te maken met:

- Gebruik 'prestatiecode/declaratiecode' bij specifieke diagnose
- Het vinden/verkrijgen van een prestatiecode/declaratiecode

6.2.2. Gespecialiseerde GGZ (gGGZ)

Ten aanzien van de gespecialiseerde GGZ zien we dat vrijevestigden vragen stellen over verschillende eisen van de zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars kunnen aanvullende of beperkende eisen stellen ten opzichte van NZa-regels. Dit komt tot uiting in de eisen aan de verwijfsbrief, zoals bijvoorbeeld de geldigheidsduur van de verwijzing. Ook voeren zorgverzekeraars controles uit, waarvan vrijevestigden niet altijd weten of zorgverzekeraars de gegevens mogen opvragen die nodig zijn voor de uit te voeren controles.

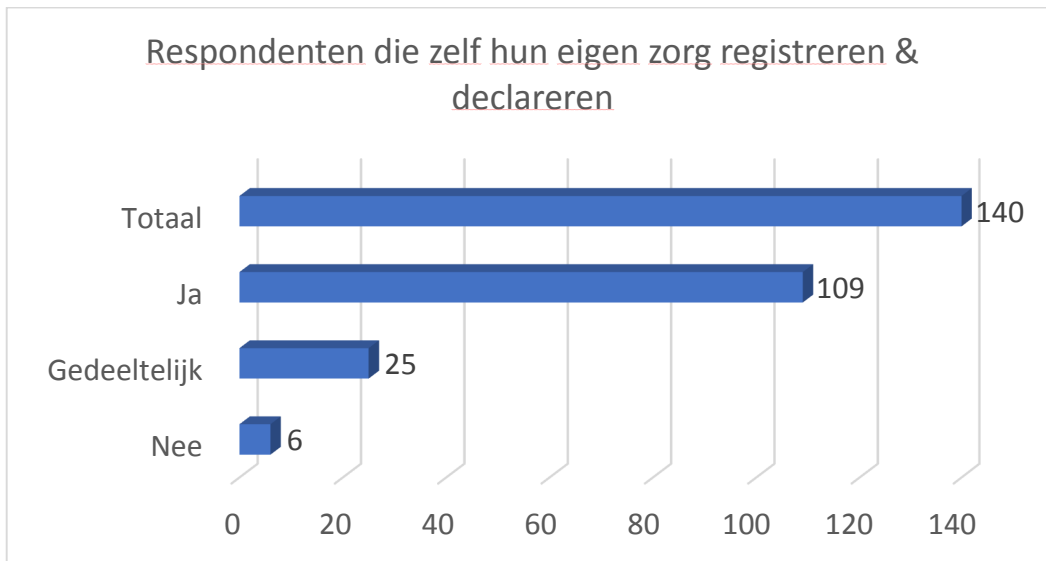
Daarnaast komen er veel vragen binnen over de regelgeving omtrent openen en sluiten van zorgproducten en DBC's. Het gaat dan om vervolgzorgvragen of meerdere zorgvragen, maar ook vragen omtrent onderlinge dienstverlening. Tevens worden veel vragen gesteld over substitutie tussen gbGGZ en gGGZ en over patiënten die vanuit de jeugd-GGZ naar de gbGGZ of gGGZ doorstromen.

6.2.3. Generalistische basis GGZ (gbGGZ)

Evenals bij de gGGZ, komen bij de NZa ook veel vragen binnen van zorgaanbieders die het lastig vinden dat er aanvullende eisen kunnen bestaan van de zorgverzekeraars met betrekking tot vergoeding en verwijzing. Het is voor aanbieders soms onduidelijk of een zorgproduct per kalenderjaar meerdere keren gedeclareerd kan worden. De vrijevestigden denken dat een zorgproduct een maximum aantal minuten heeft en worstelt met het begrip zorgzwaarte. Ook vragen ze de NZa welke zorg wel of niet vergoed wordt door de zorgverzekeraar.

6.3. Quick scan vrijevestigden

Uit de Quick scan komt naar voren dat van de respondenten die de Quick scan hebben ingevuld, 78 procent zijn of haar zorg zelf registreert en declareert. De meeste respondenten leveren deels ongecontracteerde zorg (65 procent) en deels gecontracteerde zorg (30 procent) en tezamen maken ze gebruik van meer dan 20 verschillende softwarepakketten.



Ten aanzien van de fouten en knelpunten laat de Quick scan duidelijk zien dat het zwaartepunt van fouten en knelpunten helemaal aan het begin en aan het eind van het registratie en declaratieproces zitten, namelijk bij de aanmelding en intakeproces en bij het declaratieproces (zie bijlage 2). Hieronder volgt een korte opsomming van de belangrijkste fouten en knelpunten per fase van het registratie- en declaratieproces:

1. Fouten en knelpunten bij aanmelding en intake

Bij de aanmelding en intake vinden de meeste fouten plaats bij de verwijzingen uit de eerste lijn. Het ontbreken van de datum, AGB-code, handtekening of aangeven of het om gbGGZ of gGGZ gaat, liggen hier vooral aan ten grondslag. Ook het feit dat sommige verwijzingen onleesbaar zijn, leidt tot fouten in het proces.

2. Fouten en knelpunten bij start behandeling

Bij de start van de behandeling ontstaan knelpunten doordat onduidelijk is of de zorg (van stoornis) wordt vergoed door het contract met de zorgverzekeraar of door de polisvoorwaarde van de patiënt. Tevens ontstaan er problemen door de productgroep bepaling in de gbGGZ; het is niet altijd duidelijk of er wel/niet minuten moeten worden geregistreerd.

3. Fouten en knelpunten bij afsluiten

Bij het afsluiten van een DBC zien we dat de meeste fouten en knelpunten voortkomen uit het feit dat de afsluitdatum niet kloppend is. Ook laat de Quick scan zien dat het afsluiten van een zorgproduct in de gbGGZ tot problemen kan leiden, dit omdat vrijevestigden behandelaren denken dat een maximum aantal minuten is gekoppeld aan de verschillende zorgproducten.

4. Fouten en knelpunten bij declareren

Bij het declaratieproces toont de Quick scan dat op een aantal verschillende onderdelen in het proces fouten en knelpunten voorkomen. Ten aanzien van de tariefbepaling per zorgverzekeraar komt het voor dat dit niet overeenkomt met een contractafspraken. Ook het ontbreken van gegevens zoals 'einde GAF-score' leidt tot problemen. Daarnaast wordt, afhankelijk van het softwarepakket, het aanleveren van gegevens aan DIS en VECOZO als een administratieve last ervaren. Zo heeft een aantal respondenten aangegeven in het

softwarepakket een half jaar geen gegevens aan DIS te hebben kunnen aanleveren. Doordat de aanlevering van DIS-gegevens verplicht is, kan deze zorgaanbieders een boete opgelegd worden bij het niet tijdig aanleveren van DIS-gegevens. Als laatste wordt het bijhouden en controleren van het daadwerkelijk betalen van een declaratie door een zorgverzekeraar als een knelpunt ervaren. Ten opzichte van instellingen hebben vrijevestigde behandelaars geen softwarepakket voor het debiteurenbeheer. Het is daardoor niet mogelijk een automatische koppeling te maken tussen het indienen van de declaratie en de betaling van deze declaratie.

6.4. Interviews Expertgroep

Hoewel een groot deel van de fouten en knelpunten uit de Quick scan (h)erkend werden door de vrijevestigden die geïnterviewd zijn, noemden zij ook enkele aanvullende knelpunten die in de Quick scan minder duidelijk naar voren kwamen. Hieronder staan deze aanvullingen:

■ **Aanvullende fouten/knelpunten volgens vrijevestigden**

Uit de interviews kwam naar voren dat paralleliteit van zorg niet vaak voorkomt, maar dat wanneer dit voorkomt het tot knelpunten leidt bij vrijevestigden. Vooral wanneer er geen contact is met een andere behandelaar of instelling, is het voor een vrijevestigde niet te overzien of er sprake is van een parallel behandeltraject. Ook blijkt het in de praktijk lastig om zorg vergoed te krijgen door de verplichting om de privacyverklaring op papier aan te leveren. Een ander belangrijk knelpunt is de leesbaarheid van het retourbericht. Een veel gehoorde klacht is dat uit het retourbericht niet af te leiden valt op welke gronden een afwijzing plaats vindt. Daarnaast zijn de spelregels van de gbGGZ niet altijd duidelijk en vormt het niet digitaal aan kunnen leveren van ongecontracteerde zorg een knelpunt voor de vrijevestigden.

Naast de vrijevestigden zijn ook de zorgverzekeraars en softwareleveranciers geïnterviewd. De fouten en knelpunten die zij noemden staan hieronder opgesomd:

■ **Fouten/knelpunten volgens zorgverzekeraars**

Uit de interviews met de zorgverzekeraars kwam naar voren dat problemen ontstonden rondom het te declareren tarief. Deze komt in de praktijk vaak niet overeen met de contractafspraken of polisvoorwaarde. Tevens kwam naar voren dat de AGB-code van verwijzers vaak niet kloppen en dat de spelregels van de gbGGZ te onduidelijk zijn voor de vrijevestigden. Ook het inlezen van afwijzingen door zorgaanbieders leidt tot problemen. Daarnaast wijzen zorgverzekeraars declaraties van zorgaanbieders af wanneer deze te vroeg zijn gesloten. Tot slot wijzen zorgverzekeraars (voornamelijk na materiële controle), DBC's af die eenzelfde zorgvraag hebben als een andere DBC die hieraan parallel heeft gelopen.

■ **Fouten/knelpunten volgens softwareleveranciers**

De softwareleveranciers gaven in de interviews aan dat met name omtrent parallelle DBC's problemen worden ervaren door vrijevestigden. Dit knelpunt wordt mede veroorzaakt door de grote achterstand van controles bij zorgverzekeraars. Hierdoor worden parallelle DBC's ruime tijd na de declaratie en betaling alsnog afgekeurd. Ook gaven softwareleveranciers aan dat er problemen bestonden rondom retourberichten, omdat deze niet altijd verstuurd worden en verschillende codes gebruikt worden waardoor vrijevestigden niet weten wat de betekenis is van de retourcode. Hierdoor weet een vrijevestigde op basis van de retourcode

niet waarom de DBC wordt afgewezen. Als laatste kwam naar voren dat het voor aanbieders onduidelijk is wanneer hun contract genut is en/of hoe de mix tussen gbGGZ en gGGZ is.

6.5. Expertbijeenkomst

Nadat de fouten en knelpunten middels de Quick scan en interviews waren geïdentificeerd, zijn deze voorgelegd aan de expertgroep. De tabel hieronder geeft een overzicht weer van de fouten en knelpunten die naar voren kwamen uit de Quick scan en de interviews, inclusief hun omschrijving en (voornaamste) bron:

Tabel 5: Overzicht 13 belangrijkste fouten en knelpunten

Knelpunt	Omschrijving	Bron
Verwijzing naar GGZ	Ontbreken gegevens: Datum, AGB-code, gbGGZ/gGGZ, handtekening	Quick scan & interviews
Contactgegevens patiënt	Achterhalen van contactgegevens patiënt	Quick scan & interviews
Privacyverklaring	Aanlevering op papier / Niet vergoeden van zorg	Interviews
Parallele DBC's	Overzicht op andere traject / Vertraagde controle zorgverzekeraars	Interviews
Bijhouden spelregels (gGGZ)	Op de hoogte houden van kennis	Interviews
Duidelijke spelregels (gbGGZ)	Behoeftte aan duidelijk document als bij gGGZ	Interviews
Registratie (gbGGZ & gGGZ)	Registratie niet conform werkelijkheid	Quick scan & interviews
Declareren ongecontracteerde zorg	Ongecontracteerde aanbieders leveren (verplicht) buiten VECOZO	Interviews
Te verrekenen tarief	Zorgaanbieder declareert prestatie tegen verkeerde tarief	Quick scan & interviews
Retourinformatie	Onleesbaar / Onduidelijke afwijzing / Verschillende retourcodes voor zelfde afwijzing	Quick scan & interviews
Nutting contract (omzetplafond)	Plafond overschrijding onduidelijk / Verschuiving marktaandeel / Productmix	Interviews
Voorwaarde zorgverzekeraar	Verwijzers / Afrekeningen / Kwaliteitseisen / Polisvoorwaarden m.b.t. verzekerde zorg	Quick scan & interviews
Mogelijkheden softwaresysteem	Mogelijkheid tot het maken van fouten binnen het softwaresysteem	Quick scan

Bron: Analyse Arteria Consulting op basis van Quick scan en interviews, 21-03-2016

Tijdens de eerste expertgroep bijeenkomst zijn de fouten en knelpunten uit tabel 6 voorgelegd aan de expertgroep, waarbij is geverifieerd of zij zich hierin konden vinden. Vervolgens zijn de geïdentificeerde fouten en knelpunten geprioriteerd op basis van de frequentie van voorkomen, de tijd die het vraagt om het te herstellen, de mate van frustratie die het oplevert bij de aanbieder en de financiële risico's (zie paragraaf 5.2.2). Het aanbrengen van deze prioritering was noodzakelijk, daar voor dit onderzoek enkel de punten die als hoog (en zeer hoog) geprioriteerd zijn verder uitgewerkt dienden te worden. De fouten en knelpunten die als middel en laag geprioriteerd zijn zullen door de werkgroep 'snel en correct declareren' moet worden opgepakt. Hieronder is de prioritering van knelpunten weergegeven middels de impact versus frequentie criteria.

Tabel 6: Prioritering fouten en knelpunten middels impact versus frequentie schema

Prioritering van risico's	Kleine impact	Grote Impact
Lage frequentie/kans	<ol style="list-style-type: none"> 1. Te verrekenen tarief 2. Bijhouden spelregels gGGZ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Parallele DBC's 2. Nutting contract (omzet plafond)
Grote frequentie/kans	<ol style="list-style-type: none"> 1. Contactgegevens patiënt 2. Registratie (gbGGZ & gGGZ) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Verwijzing naar GGZ 2. Spelregels gbGGZ 3. Retour informatie 4. Declareren ongecontracteerde zorg 5. Voorwaarde zorgverzekeraar 6. Privacyverklaring 7. Mogelijkheden softwaresysteem

Bron: Analyse Arteria Consulting op basis van Quick scan en interviews, 21-03-2016

Binnen de prioriteit klassering "hoog" bestond bij de expertgroep de behoefte om een aanvullende dimensie toe te voegen in de vorm van een prioriteitsklasse aangemerkt als "zeer hoog". Het is om die reden dat binnen dit onderzoek is gekozen om deze aanvullende prioriteitsklasse op te nemen in deze eindrapportage, waardoor de uiteindelijke prioritering van knelpunten, zoals samengesteld door de expertgroep als volgt is.

Tabel 7: Prioritering fouten en knelpunten expertgroep

	Knelpunt	Prioriteit
1	Verwijzing naar GGZ	Zeer hoog
2	Spelregels gbGGZ	Zeer hoog
3	Retourinformatie	Zeer hoog
4	Declareren ongecontracteerde zorg	Hoog
5	Voorwaarde zorgverzekeraar	Hoog
6	Privacyverklaring	Hoog
7	Mogelijkheden softwaresysteem	Hoog

Bron: Analyse Arteria Consulting op basis van expertgroep bijeenkomsten, 21-03-2016

7. Conclusies

Zoals hierboven beschreven heeft het onderzoek geleid tot een overzicht van de 13 meest voorkomende fouten en knelpunten in het registratie- en declaratieproces bij vrijgevestigde behandelaren in de GGZ. Op basis van deze 13 fouten en knelpunten kunnen de onderstaande 5 conclusies worden getrokken.

7.1. Het aantal afgekeurde declaraties is beperkt

Digitale declaraties in de curatieve GGZ worden via het portaal van VECOZO door zorgaanbieders bij zorgverzekeraars ingediend. Naast deze functie voert VECOZO ook technische controles uit op het declaratieverkeer en retourneert ook uitkomsten van systeemcontroles door zorgverzekeraars. Volgens de landelijke cijfers van VECOZO (zie paragraaf 6.1), wordt gemiddeld 3 procent van de ingediende declaraties in de GGZ afgekeurd⁴ door VECOZO of de zorgverzekeraar.

Het relatieve aantal afgekeurde declaraties van vrijgevestigde behandelaren is in vergelijking met GGZ-instellingen volgens de landelijke cijfers gelijk. Het percentage afgekeurde declaraties van 3 procent is opgebouwd uit declaraties die volledig zijn afgekeurd (1 procent) en declaraties die gedeeltelijk zijn afgekeurd (2 procent). Bij een gedeeltelijke afkeuring zal het door de zorgverzekeraar betaalde bedrag lager zijn dan het door de zorgaanbieder ingediende bedrag. Bij een volledige afkeuring wordt de declaratie niet betaald door de zorgverzekeraar. De vrijgevestigde behandelaren die aan het onderzoek hebben deelgenomen, geven aan dat de gedeeltelijke afkeuringen voortkomen uit onduidelijkheden rondom de gecontracteerde tarieven.

Als aanvulling op deze conclusie is aan VECOZO gevraagd naar het relatieve verschil in het aantal afkeuringen tussen de GGZ en de ziekenhuiszorg. Uit een korte scan van VECOZO⁵ komt naar voren dat het aantal afgekeurde declaraties in de ziekenhuiszorg slechts 0,4% lager ligt in vergelijking met de GGZ.

7.2. Groot aanbod softwarepakketten veroorzaakt veel knelpunten

In het onderzoek onder vrijgevestigde behandelaren komen tenminste 20 verschillende softwarepakketten naar voren. Binnen de gehele GGZ (instellingen en vrijgevestigden) zijn ruim 30 verschillende pakketten beschikbaar⁶. Het grootste deel van de vrijgevestigden registreert en declareert de zorg zelf. Uit de reacties van de respondenten blijkt dat de mogelijkheden en de prijs van de verschillende softwarepakketten sterk van elkaar verschillen. Afhankelijk van het gekozen softwarepakket kunnen vrijgevestigden hierdoor met bepaalde fouten en knelpunten te maken krijgen die in een ander pakket automatisch verholpen zijn. Het verschil in aantal knelpunten kan daardoor sterk verschillen per softwarepakket. Het is daarbij van belang dat het softwarepakket aansluit op de kennis en kunde van de vrijgevestigde. De keuze voor het te gebruiken softwarepakket is hierdoor essentieel voor een effectief en efficiënt registratie- en declaratieproces.

⁴ Dit percentage betreft enkel digitale declaraties die in 2015 zijn ingediend. Eventuele afkeuringen door achterafcontroles (zoals de materiële controle), zijn hierin niet meegenomen.

⁵ Voor de korte scan heeft VECOZO het aantal (afgekeurde) declaraties van GGZ standaard GZ321 1.0 vergeleken met de ziekenhuisstandaard ZH308 9.0, dit in de periode van 1-4-2016 tot en met 27-6-2016. In deze periode is het aantal afgekeurde declaraties in de GGZ 1,82% en in de ziekenhuiszorg 1,44%.

⁶ Bron: Overzicht ingediende declaraties en afkeuringen in 2015; VECOZO, 29 februari 2016.

7.3. Knelpunten vooral aan begin en einde registratie- en declaratieproces

De respondenten die deel hebben genomen aan het onderzoek geven aan dat de meeste knelpunten voorkomen in fase 1 (aanmelding en intakeproces) en fase 4 (declaratieproces) van het registratie- en declaratieproces. Bij de eerste fase van het proces ondervinden vrijevestigde behandelaars voornamelijk knelpunten bij de verwijzing vanuit de eerste lijn (bijvoorbeeld door de huisarts). In de vierde en laatste fase ligt het knelpunt met name bij het inlezen en beoordelen van retourinformatie.

7.4. Verschil beleidsregels gbGGZ en gGGZ leidt tot onduidelijkheden

Ruim 40 procent van de vrijevestigde behandelaars levert zowel gbGGZ als gGGZ. De wet- en regelgeving van beide vormen van de GGZ lijkt op elkaar, maar is niet hetzelfde. Een belangrijk verschil is dat de afleiding naar een DBC in de gGGZ mede plaats vindt op basis van het aantal geregistreerde minuten. In de gbGGZ is het aantal minuten alleen richtinggevend voor de gemiddelde duur van de behandeling bij een zorgproduct.

De vrijevestigden die de verschillen tussen beide vormen onvoldoende kennen, lopen hierdoor tegen knelpunten aan of maken fouten. Dit komt vooral voor bij het afsluiten van een zorgproduct in de gbGGZ. De regels voor het afsluiten en afleiden van een zorgproduct zijn anders dan die binnen de gGGZ. Wanneer deze regels door elkaar worden gehaald in de gbGGZ kan het (rechtmatigheids)probleem ontstaan dat niet het juiste zorgproduct wordt gedeclareerd.

7.5. Differentiatie van behandelaars leidt tot gedifferentieerde knelpunten

In de GGZ zijn veel vrijevestigde behandelaars actief. Deze behandelaars verschillen onder andere van elkaar op basis van opleiding en te behandelen patiëntgroepen. Bepaalde patiëntgroepen kennen specifieke knelpunten binnen het registratie- en declaratieproces. Zo zijn er patiëntgroepen die veel baat zouden hebben bij de mogelijkheid van het gebruik van een privacyverklaring. Afhankelijk van de te behandelen patiëntgroep(en) kan een vrijevestigde behandelaar te maken hebben met fouten en knelpunten die niet gelden voor andere behandelaars. Bij verder onderzoek onder vrijevestigden blijft het dus van belang een grote groep te bevragen/betrekken, zodat wordt voorkomen dat het onderzoek niet representatief is voor de gedifferentieerde doelgroep. Binnen het onderzoek is hiermee rekening gehouden door naast de interviews ook een Quick scan uit te voeren.

8. Oplossingen en vervolgacties

Uit het onderzoek komen dertien knelpunten naar voren, zeven van deze knelpunten zijn als 'Zeer hoog' of 'Hoog' geprioriteerd zijn (zie paragraaf 6.5 en de onderstaande tabel). Zoals afgesproken met de werkgroep 'snel en correct declareren', zijn binnen het onderzoek oplossingen en vervolgacties uitgewerkt voor de 'Zeer hoog' en 'Hoog' geprioriteerde knelpunten. De overige (lager) geprioriteerde knelpunten kunnen buiten dit onderzoek verder uitgewerkt worden door de betrokken partijen van de werkgroep 'snel en correct declareren'.

Tabel 8: Prioritering fouten en knelpunten expertgroep

	Knelpunt	Prioriteit
1	Verwijzing naar GGZ	Zeer hoog
2	Spelregels gbGGZ	Zeer hoog
3	Retourinformatie	Zeer hoog
4	Declareren ongecontracteerde zorg	Hoog
5	Voorwaarde zorgverzekeraar	Hoog
6	Privacyverklaring	Hoog
7	Mogelijkheden softwaresysteem	Hoog

Bron: Analyse Arteria Consulting, 21-03-2016

In de onderstaande paragrafen wordt de oorzaak en het gevolg per knelpunt uitgewerkt (impactanalyse). Tevens wordt per knelpunt een concreet voorstel als oplossing aangedragen. Als laatste worden de benodigde vervolgacties per oplossing genoemd.

8.1. Verwijzingen naar GGZ

8.1.1. Oorzaak

Bij de start van het registratieproces hebben veel vrijevestigde behandelaars last van knelpunten als gevolg van fouten en onvolledigheden bij de verwijzing naar de GGZ. Bij rechtmatigheidscontroles door zorgverzekeraars is het van belang dat de (originele) verwijzing naar de zorgaanbieder aanwezig is en een aantal essentiële onderdelen bevat. Denk hierbij aan de verwijsdatum, de AGB-code van de verwijzer, de verwijzing naar de gbGGZ of gGGZ en de handtekening van de verwijzer.

8.1.2. Gevolg

Wanneer een verwijzing een fout bevat of onvolledig is, dan moet de zorgaanbieder deze terugleggen bij de verwijzer met daarbij het verzoek de fout op te lossen of de ontbrekende gegevens aan te vullen. Dit veroorzaakt in de eerste plaats extra administratieve lasten. Een onjuiste of onvolledige verwijzing kan bij een rechtmatigheidscontrole door een zorgverzekeraar ook leiden tot het afkeuren van een declaratie (en eventueel terugvorderen van betaalde gelden).

Dit probleem speelt binnen de GGZ bij zowel vrijevestigde behandelaren als instellingen. In de nadereregel van de gGGZ (zie: NR/CU 565), wordt enkel vermeld dat een declaratie het 'type verwijzer' en de 'AGB-code van de verwijzer' moet bevatten. De aanvullende eisen voor de gegevensonderdelen op de verwijzing komen voort uit de contractvoorwaarden van de zorgverzekeraars.

In de Medische Specialistische Zorg (MSZ) was de verwijzing voornamelijk in het verleden een probleem. Het grootste deel van de ziekenhuizen werkt op dit moment met digitale verwijzingen. Bijvoorbeeld aan de hand van de verwijsapplicatie van Zorgdomein. Navraag bij een aantal zorgverzekeraars en ziekenhuizen leert dat bij het gebruik van een digitaal verwijssysteem minder fouten worden gemaakt, correcties sneller plaats vinden en dat de verwijzing makkelijk te tonen is aan de zorgverzekeraar.

Eind 2014 hebben de Landelijke Huisartsen Vereniging (hierna: LHV) en de Nederlandse Huisartsen Genootschap (hierna: NHG) een verwijsformat samengesteld als hulpmiddel voor de verwijzing van huisartszorg naar de gbGGZ en gGGZ (zie bijlage 4). Inmiddels is het verwijsformat ingebouwd in een deel van de softwarepakketten van huisartsen, maar nog niet alle softwarepakketten in de GGZ kunnen een digitale verwijzing accepteren. Dit blijkt ook uit de jaarlijks uitgevoerde peiling van de LHV over de GGZ in de huisartsenpraktijk⁷. In de peiling geeft 40 procent van de respondenten (huisartsen) aan dat zij het meest tegen de 'verwijzing van mijn patiënten naar de GGZ', aanloopt.

8.1.3. Advies

De oplossing van dit probleem ligt voor een belangrijk deel bij de verwijzers (voornamelijk huisartsen). Het verwijsformat is beschikbaar, zij het op papier. Het maakt duidelijk welke essentiële onderdelen de verwijzing naar de GGZ moet bevatten. De branchepartijen van huisartsen (LHV en NHG) dienen hun leden aan te spreken op het gebruik van het format. Anderzijds dienen de branchepartijen NIP, LVVP en NVvP hun leden te wijzen op het aansporen van het gebruik van het format door hun verwijzers.

Daarnaast kunnen branchepartijen uit de huisartsenzorg, GGZ en de softwareleveranciers zich gezamenlijk inzetten voor het verder digitaliseren van de verwijzing. Het gebruik van een digitaal format zal leiden tot minder administratieve lasten doordat deze altijd duidelijk leesbaar is en makkelijk te archiveren. Daarnaast is het in het kader van de rechtmatigheid ook een voordeel dat het dan mogelijk is de verwijzing door te sturen naar de zorgverzekeraar.

Uit te voeren vervolgacties:

1. Huisartsen wijzen op het belang van juist en correct gebruik van het huidige verwijsformat;
2. Inventariseren welke problemen huisartsen ervaren bij de verwijzing naar de GGZ;
3. Toetsen of het huidige verwijsformat voldoet aan de wensen van huisartsen, GGZ-aanbieders en zorgverzekeraars;
4. Eventueel herijken van het verwijsformat;
5. Starten van een onderzoek voor het (verder) digitaliseren van het verwijsproces.

8.1.4. Betrokken partijen

De verantwoordelijkheid voor een juiste en correcte verwijzing ligt bij de verwijzer. Dit is in de praktijk voornamelijk de huisarts. De branchepartijen LHV en NHG zijn daarom de meest aangewezen voor de realisatie van deze oplossing. Beide branchepartijen zijn echter geen lid van de werkgroep 'snel en correct declareren' en om die reden zullen de branchepartijen NIP, LVVP en NVvP vanuit de werkgroep de initiatiefnemers zijn voor het realiseren van de

⁷ Zie hiervoor: 'Uw ervaringen met de GGZ in het afgelopen jaar', NHG, 16 juni 2015.

vervolgacties. Als initiatiefnemers zijn deze drie partijen niet verantwoordelijk voor het oplossen van het probleem, maar kunnen zij wel samen met de verantwoordelijke partijen de uit te voeren vervolgacties initiëren en realiseren.

8.2. Spelregels gbGGZ

8.2.1. Oorzaak

Vrijgevestigde behandelaren die zowel gbGGZ als gGGZ leveren, vergelijken de wet- en regelgeving rondom het registratie- en declaratieproces met elkaar. Tussen de gbGGZ en gGGZ zitten echter essentiële verschillen. Zo vindt de afleiding naar een DBC in de gGGZ mede plaats op basis van het aantal geregistreerde minuten, terwijl in de gbGGZ het aantal minuten alleen richtinggevend is voor de gemiddelde duur van de behandeling bij een zorgproduct.

Onderliggende reden voor de hierboven genoemde problematiek is de moeite die vrijgevestigden hebben met het correct interpreteren van NZa beleidsregel van de gbGGZ. In de praktijk zijn echter additionele bronnen beschikbaar ter aanvulling van de beleidsregel. Zo heeft het NIP en de LVVP een FAQ⁸ uitgebracht waar veel van de genoemde knelpunten worden beantwoord en/of verhelderd.

8.2.2. Gevolg

Wanneer vrijgevestigde behandelaren niet de juiste wet- en regelgeving toepassen binnen de gbGGZ, ontstaat er een probleem op het gebied van rechtmatigheid. Vrijgevestigden kunnen dan bijvoorbeeld ten onrechte een zorgproduct te vroeg afsluiten of meerdere zorgproducten registreren, terwijl slechts één zorgproduct is toegestaan. Zorgproducten kunnen dan worden afgekeurd bij vooraf controles of bij materiële controles (achteraf). Wanneer een vrijgevestigde meerdere fouten heeft gemaakt op het gebied van juist en correct declareren van gbGGZ, dan kan dit in het ernstigste geval ook leiden tot het niet afsluiten van een contract voor het volgende jaar of verscherpte controles door de zorgverzekeraars.

8.2.3. Advies

Voor de oplossing van dit knelpunt is het in eerste instantie van belang dat vrijgevestigde behandelaren die gbGGZ leveren, gewezen worden op de bestaande beschikbare informatie die er reeds is. Aan de hand van deze informatie moet het voor de vrijgevestigde gemakkelijk zijn de wet- en regelgeving correct toe te passen.

Daarnaast kan extra onderzoek gedaan worden naar het optimaliseren van de algemene communicatie van de wet- en regelgeving binnen de GGZ. Het is daarbij van belang een vertaalslag te maken tussen de beleidsregels en het kennisniveau van een (vrijgevestigde) behandelaar. In de gGGZ heeft destijds DBC-Onderhoud (nu: NZa) een spelregeltool⁹ uitgebracht voor het verduidelijken van de beleidsregels.

Uit te voeren vervolgacties:

1. Inventariseren van het gebruik van huidige informatie door vrijgevestigden;
2. Inventariseren van informatie waar vrijgevestigden behoefte aan hebben en op welke wijze deze informatie gecommuniceerd dient te worden;
3. Eventueel samenstellen van (ontbrekende) informatieproducten.

⁸ Zie hiervoor ook: http://www.psynip.nl/themadossiers/zorgstelsel/de-gespecialiseerde-ggz-gggz_.html

⁹ Zie hiervoor ook: <https://dbcregels.nza.nl/2016/ggz/>

8.2.4. Betrokken partijen

De branchepartijen NIP, LVVP en NVvP kunnen hun leden actief bevragen op mogelijk missende informatie en de door de leden gewenste manier om die informatie tot zich te nemen. De verantwoordelijkheid van het uitvoeren van bovengenoemde acties zal daarom bij het NIP, LVVP en NVvP liggen.

8.3. Retourinformatie

8.3.1. Oorzaak

Als een declaratie geheel of gedeeltelijk wordt afgekeurd, wordt de reden daarvan in de retourinformatie kenbaar gemaakt via retourcodes. Aan de hand van de omschrijving bij de retourcode kan een zorgaanbieder de fout zelf herstellen of contact opnemen met de softwareleverancier. In vergelijking met instellingen beschikken vrijevestigden over een minder (uitgebreid) softwarepakket en/of zorgadministratie die de retourinformatie (deels) geautomatiseerd verwerkt. Hierdoor is het voor een vrijevestigde behandelaar niet altijd mogelijk een retourbericht automatisch in te lezen. Daarbij is het door de beknopte beschrijving van het retourbericht lastig te beoordelen welke fout heeft geleid tot het afkeuren van de declaratie (zie paragraaf 6.1.4 voor voorbeelden van omschrijvingen).

Tevens bestaat retourcodelijst (COD-945) uit een enorme hoeveelheid retourcodes¹⁰ die door zowel de GGZ als MSZ gebruikt worden. Het is onduidelijk of al deze codes nog actief worden gebruikt door zorgverzekeraars en of hier geen dubbelingen tussen zitten.

8.3.2. Gevolg

Uit het onderzoek blijkt dat het herstellen van fouten aan de hand van retourinformatie als knelpunt wordt ervaren door vrijevestigde behandelaren. Vrijevestigden geven aan dat zij niet aan de omschrijving van een retourcode kunnen zien waarom de declaratie is afgekeurd. Hierdoor lopen vrijevestigden tegen het probleem aan dat ze een afkeuring pas na veel contact met softwareleverancier, VECOZO of zorgverzekeraar kunnen herstellen. Dit kost zowel de vrijevestigde als softwareleverancier, VECOZO of zorgverzekeraar veel tijd.

8.3.3. Advies

De oplossing van dit probleem is tweeledig. Enerzijds dient de retourinformatie beter aan te sluiten op het kennisniveau van een vrijevestigden. Dit is te realiseren door de omschrijving van een retourcode te verduidelijken, zodat de te ontvangen partij direct ziet waar de bron van de fout zit. Anderzijds kan een vrijevestigde behandelaar ook aansluiting zoeken op de beschikbare informatie. Zo heeft VECOZO een validatiemodule waarmee een zorgaanbieder kan achterhalen in welke regel(s) van het declaratiebestand de fout precies zit en of dit een technische of inhoudelijk fout is.

Daarnaast zijn er twee aanvullende opties voor de oplossing van dit knelpunt. De eerste optie is om te kijken naar de inleesmogelijkheden van de softwarepakketten van vrijevestigden. In de ziekenhuiszorg kunnen veel van de softwarepakketten de retourinformatie automatisch inlezen. Een tweede optie is om ook te onderzoeken of alle retourcodes uit de retourcodelijst nog steeds worden gebruikt. Voor het beheer en gebruik van deze codelijst is terugbrengen van het aantal codes een oplossing.

¹⁰ Op 17 maart 2016 bestaat het bestand uit 942 actieve retourcodes.

Uit te voeren vervolgacties:

1. Inventarisatie bij vrijevestigden naar het knelpunt bij het inhoudelijk beoordelen van retourinformatie;
2. Inventarisatie bij vrijevestigden naar het gebruik beschikbare validatiemodule;
3. Samenstellen van een verbeterplan voor de leesbaarheid en gebruik validatiemodule;
4. Aanvullend onderzoek naar de inleesmogelijkheden van softwarepakketten en eventuele schoning van de retourcodelijst.

8.3.4. Betrokken partijen

De branchepartijen NIP, LVVP en NVvP kunnen hun leden actief bevragen op mogelijk missende informatie en de door de leden gewenste manier om die informatie tot zich te nemen. Na de inventarisatie kunnen de brancheverenigingen samen met VECOZO (eigenaar validatiemodule en uitvoerder van technische controles) en zorgverzekeraars (uitvoerders van inhoudelijke controles), een verbeterplan opstellen.

8.4. Declareren ongecontracteerde zorg

8.4.1. Oorzaak

Iedere zorgverzekeraar kan eigen voorwaarden stellen aan het declareren van ongecontracteerde zorg. In de nadere regels van de NZa staat wel de informatiebepaling voor een declaratie, maar hierbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen de declaratie van gecontracteerde en ongecontracteerde zorg.¹¹ Het is hierdoor onduidelijk aan welke aanvullende eisen de declaratie van ongecontracteerde zorg moet voldoen.

8.4.2. Gevolg

Wanneer een vrijevestigde behandelaar geen contract heeft afgesloten met een zorgverzekeraar, dan verloopt het declaratieproces anders dan bij gecontracteerde zorgverzekeraars. Vrijevestigde behandelaren ervaren twee knelpunten. Op de eerste plaats is het voor een vrijevestigden onduidelijk aan welke voorwaarden voldaan moet worden voor het declareren van ongecontracteerde zorg. Op de tweede plaats kan een vrijevestigden niet bij iedere zorgverzekeraar ongecontracteerde zorg digitaal declareren (via VECOZO).

In de praktijk leidt dit knelpunt voornamelijk tot extra administratieve lasten, zowel bij vrijevestigden als instellingen. Een zorgaanbieder is extra tijd kwijt aan het lezen van de voorwaarde van de desbetreffende zorgverzekeraar. Daarbij kost het indienen van een declaratie op papier meer tijd in vergelijking met een digitale declaratie. Vooral wanneer een papieren declaratie afgekeurd wordt en de oplossing van de afkeuring op papier moet worden hersteld.

8.4.3. Advies

De oplossing van dit knelpunt zit in het vinden van 'algemene bepalingen¹²' in de voorwaarden van zorgverzekeraars, dit zijn dus de bepalingen waar iedere zorgaanbieder aan moet voldoen bij het declareren van ongecontracteerde zorg. Binnen ZN is hiervoor al een traject opgestart in

¹¹ Zie bijvoorbeeld NR/CU 565, voor de informatiebepaling bij het declareren van DBC's.

¹² Een (algemene) voorwaarde bestaat uit een geheel van (algemene) bepalingen.

het kader van 'Het Roer Moet Om'. Dit kan dan als basis fungeren voor het declareren van ongecontracteerde zorg.

Daarnaast kan ook inzichtelijk worden gemaakt waar de overige verschillen zitten in de voorwaarden van zorgverzekeraars. Hierbij kan onder andere inzichtelijk worden gemaakt of een zorgverzekeraar een digitale declaratie accepteert en onder welke voorwaarden.

Uit te voeren vervolgacties:

1. Inventariseren van de algemene bepalingen binnen de algemene voorwaarden van zorgverzekeraars op het gebied van het declareren van onverzekerde zorg;
2. Inventariseren aanvullende informatiebepalingen en eisen zorgverzekeraars;
3. Opstellen van een aanpak voor het samenstellen van algemene bepalingen voor ongecontracteerde zorg.

8.4.4. Betrokken partijen

Voor de realisatie van de hierboven beschreven knelpunt kan ZN aansluiten bij een lopend project in het kader van "Het Roer Moet Om", namelijk 'Uniformeren van contractsbepalingen'. In samenwerking met de branchepartijen in de GGZ kan ZN ook op zoek naar de algemene bepalingen bij het declareren van ongecontracteerde zorg.

8.5. Voorwaarden zorgverzekeraars

8.5.1. Oorzaak

Vrijgevestigde behandelaren die deel hebben genomen aan het onderzoek geven aan dat zij geconfronteerd worden met contracten van zorgverzekeraars waarin verschillende eisen gesteld zijn aan de praktijkvoering (onder andere voor: zorgverlening, verantwoording en controle).

Naast de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars worden zorgaanbieders ook geconfronteerd met verschillende polisvoorwaarden van patiënten. Afhankelijk van de zorgverzekering van de patiënt wordt bepaalde zorg wel of niet (direct) vergoed door de zorgverzekeraar.

8.5.2. Gevolg

Door de verschillende contractvoorwaarden van zorgverzekeraar kunnen vrijgevestigden soms lastig voldoen aan de verschillen eisen of het levert veel extra administratief werk op en leidt (wanneer niet aan de eisen wordt voldaan) ook tot afkeuringen en rechtmatigheidsproblemen. Daarnaast, wanneer een patiënt niet verzekerd is voor de geleverde zorg en de zorgaanbieder dit niet weet, leidt dit tot een afgekeurde declaratie en extra administratieve lasten als gevolg van de daarop volgende correcties. Dit knelpunt speelt niet alleen bij vrijgevestigden, ook instellingen in de GGZ hebben hier last van.

8.5.3. Advies

Voor de oplossing van dit knelpunt speelt de vrijgevestigde behandelaar in de eerste plaats een zeer belangrijke rol. Wanneer een vrijgevestigde een contract met een zorgverzekeraar ondertekent en hier later niet aan kan voldoen (om wat voor reden dan ook), dan ligt de schuld in eerste instantie bij de vrijgevestigde (die voldoet namelijk niet aan de afspraak). Het is dus van belang dat een vrijgevestigde bewust is van de contractvoorwaarden die hij/zij ondertekent.

Op de tweede plaats is het voor de uitvoerbaarheid van de gestelde eisen van belang dat meer uniformiteit ontstaat. Binnen de huisartsenzorg (in het kader van 'Het Roer Moet Om'), wordt dit probleem aangepakt door te uniformeren op (algemene) bepalingen die iedere zorgverzekeraar in zijn contractvoorwaarden heeft opgenomen.

Voor deze oplossing geldt dat alleen de onderdelen worden opgenomen met betrekking tot niet-concurrentiële voorwaarden. Vanuit concurrentieel oogpunt mag alleen een ondergrens uniform bepaald worden.

Uit te voeren vervolgacties:

1. Onderzoek naar eventuele aansluiting bij het traject 'Het Roer Moet Om';
2. Inventariseren en onderscheiden van verschillende contractonderdelen;
3. Voorstel tot uniformering van definities en artikelen (per contractonderdeel);
4. Uitvoeren van een juridische toets op het voorstel.

8.5.4. Betrokken partijen

Voor de oplossing van dit knelpunt geldt hetzelfde als in paragraaf 8.5. Voor de realisatie van het hierboven beschreven knelpunt kan ZN aansluiten bij een lopend project in het kader van "Het Roer Moet Om", te weten het 'Uniformeren van contractsbepalingen'. In samenwerking met de branchepartijen in de GGZ kan ZN ook op zoek naar de algemene bepalingen bij het declareren van ongecontracteerde zorg.

8.6. Privacyverklaring

8.6.1. Oorzaak

In de beleids- en nadereregels van de NZa is opgenomen dat wanneer een patiënt niet wil dat de diagnose naar hem/haar herleidbaar is, de patiënt en de zorgaanbieder gezamenlijk een privacyverklaring kunnen ondertekenen. De zorgaanbieder dient in dit geval in overleg met de zorgverzekeraar tot een afwijkende, doch voor beide partijen aanvaardbare betalingsprocedure te komen. De zorgverzekeraar is gehouden om binnen redelijke grenzen medewerking te verlenen aan de totstandkoming van zo'n betalingsprocedure¹³.

8.6.2. Gevolg

Aan de bovenstaande regel zijn twee knelpunten gekoppeld. Allereerst leidt het invullen en indienen van de privacyverklaring tot extra administratieve lasten voor de vrijevestigde behandelaar. Vooral op het moment dat een zorgverzekeraar een declaratie in het kader van de privacyverklaring afkeurt. Daarnaast zijn de administratieve lasten hoog en de mogelijkheden beperkt wanneer een zorgverzekeraar deze zorg wil controleren op doel- en rechtmatigheid. Dit geldt met name wanneer een zorgaanbieder voornamelijk zorg declareert met privacyverklaring. Door deze twee knelpunten lijkt het doel van de privacyverklaring ook niet te worden gerealiseerd. Uit het onderzoek blijkt dat vrijevestigden de mogelijkheid van de privacyverklaring niet actief bij de patiënt onder de aandacht brengen, om zo de administratieve lasten te minimaliseren. Aan de andere kant zijn er vrijevestigden die zeer actief gebruik maken van de mogelijkheid van de verklaring, wat bij zorgverzekeraars tot wantrouwen leidt.

¹³ Zie: artikel 3.5, NR/CU 565, NZa.

8.6.3. Advies

Voor de oplossing van dit knelpunt moet het proces van de privacyverklaring opnieuw onderzocht worden. Dit aangezien de huidige werkwijze voor zowel patiënt, zorgaanbieder als zorgverzekeraar onvoldoende is. Voor de herziening van de privacyverklaring kan een parallel getrokken worden naar de jeugd-GGZ. Binnen de jeugd-GGZ is in 2015 een tijdelijke regeling getroffen voor het borgen van de privacy van patiënten.

Uit te voeren vervolgacties:

1. Inventariseren van de werkwijze en eventuele knelpunten in de jeugd-GGZ;
2. Verkennen van mogelijkheden voor een alternatieve inrichting van het proces;
3. Samenstellen van een plan voor het realiseren van de inrichting.

8.6.4. Betrokken partijen

Voor het realiseren van de bovenstaande acties is een belangrijke rol weggelegd voor de NZa en VWS. Dit als het gaat om de beoordeling van de huidige regeling alsmede het voorstellen van een verbeterde regeling.

8.7. Mogelijkheden softwaresysteem

8.7.1. Oorzaak

Binnen de GGZ zijn veel verschillende softwareaanbieders actief. Kijkend naar het aantal afkeuringen per softwarepakket (zie paragraaf 6.1.3), dan lijkt ook de kwaliteit per pakket sterk te kunnen verschillen. Dit komt ook terug uit de reacties van respondenten voor de Quick scan. Respondenten geven daarin aan dat zij meer/minder knelpunten ervaren afhankelijk van het gebruikte softwarepakket.

8.7.2. Gevolg

In de praktijk levert het voor vrijevestigden een groot probleem op als de kwaliteit van een softwarepakket onvoldoende is. Het leidt in de eerste plaats tot veel extra administratieve lasten als gevolg van meer afgekeurde declaraties die hersteld moeten worden. Op de tweede plaats kan het ook leiden tot een probleem op het gebied van rechtmatigheid, wanneer het softwarepakket toestaat dat incorrecte declaraties ingediend kunnen worden bij een zorgverzekeraar.

8.7.3. Advies

Voor de oplossing van dit probleem is vanuit de GGZ al een initiatief opgezet voor het uitbrengen van een keurmerk voor softwareleveranciers¹⁴. Dit initiatief komt mede voort uit de werkgroep 'administratieve lasten vrijevestigde GGZ'. Aan deze werkgroep nemen partijen NIP, LVVP, NVvP, Zorgverzekeraars Nederland (hierna: ZN), NZa en VWS deel. Van een dergelijk keurmerk wordt op dit moment ook gebruik gemaakt bij in de paramedische zorg.

¹⁴ Zie: Resultaten vermindering administratieve lasten eerstelijnszorg; ZN, mei 2016

Uit te voeren vervolgacties:

1. Inventarisatie van de werking van het keurmerk in de paramedische zorg.
2. Inventarisatie 'essentiële' onderdelen softwarepakket;
3. Inventarisatie/vergelijking softwarepakketten op benoemde onderdelen.

8.7.4. Betrokken partijen

Vanuit de werkgroep 'administratieve lasten vrijevestigde GGZ', is door de NZa toegezegd het bovenstaande proces te faciliteren.

9. Contact

Arteria Consulting

Voor vragen en/of opmerkingen over dit document kunt u contact opnemen met:

Quinten Selhorst | 06-836.594.67 | Quinten.Selhorst@arteriaconsulting.nl
René Meijer | 06-228.128.11 | Rene.Meijer@arteriaconsulting.nl

10. Bijlagensectie

10.1. Bijlage 1:

Vragenlijst

Onderzoek 'Optimaliseren registratie- en declaratieproces vrijgevestigden GGZ'

Correct declareren kan fouten in het declaratieverkeer tussen aanbieders en financiers voorkomen; dit vermindert de administratieve lasten en zorgt voor een soepel proces. De werkgroep 'correct declareren' (met daarin vertegenwoordigers van NIP, LVVP, NVvP, VWS, NZa en ZN) is een onderzoek gestart naar de optimalisatie van het registratie en declaratieproces van vrijgevestigden GGZ. **NIP, LVVP en NVvP willen u graag betrekken bij dit onderzoek.**

Wij willen u uitnodigen om de vragenlijst te beantwoorden en daarmee input te leveren voor de optimalisatie van het registratie- en declaratieproces. Uw inbreng van verbeterpunten kan het proces van uzelf en uw collega's optimaliseren. Het doel is inzicht te krijgen in de hoeveelheid en het type fouten en knelpunten, inzicht in uw ervaren last en mogelijke oplossingen voor deze fouten. De informatie wordt geanonimiseerd verwerkt.

Arteria Consulting voert het onderzoek namens de werkgroep uit. Het onderzoek bestaat uit drie fasen. In de eerste fase worden veel voorkomende fouten en knelpunten in het registratie- en declaratieproces in de curatieve GGZ bij vrijgevestigde zorgaanbieders geïnventariseerd en vervolgens geprioriteerd naar risico en impact. Na deze verkenning wordt, in fase 2, via een expertgroep gezocht naar oplossingsrichtingen. In fase 3 wordt een praktische uitwerking gemaakt van de oplossingsrichtingen. Voor eventuele vragen kunt u contact opnemen met René Meijer (rene.meijer@arteriaconsulting.nl).

Algemene gegevens

Wat zijn de eerste 4 cijfers van de postcode van de praktijk?	
Welke zorg levert u?*	gbGGZ / gGGZ / Beide
Registreert en declareert u zelf alle zorg?	Ja / Nee / Gedeeltelijk
Is de door u geleverde zorg gecontracteerd?	Ja / Nee / Deels
Met welk softwaresysteem werkt u?	

* **Graag doorstrepen wat niet van toepassing is.**

INVULINSTRUCTIE

De vragenlijst wordt doorlopen aan de hand van het registratie- en declaratieproces. De volgende processen komen aan bod:

1. **Aanmelding en intake**
2. **Start behandeling**
3. **Afsluiting zorgproduct**
4. **Declareren**

Bij ieder proces worden vier vragen gesteld (A, B, C en D). We hopen dat u de tijd wilt nemen alle vragen volledig in te vullen, uw antwoorden zijn zeer waardevol. Vanwege de vele enquêteverzoeken die u ontvangt, bieden wij u ook de optie om een beknopte versie in te vullen. Indien u daarvoor kiest vragen wij u om alleen vraag 1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B, 4A en 4B in te vullen.

Vraag 1 Aanmelding en intake proces:

- A) Geef met een “x” aan hoeveel fouten, knelpunten of vergissingen er voorkomen per onderdeel bij het **aanmelding en intake proces** (veel, weinig of geen fouten).
- B) Geef op een schaal van **1 tot 10** aan in welke mate u hierdoor last ervaart (1: geen last – 10: veel last)
- C) Om welke fout(en) gaat het?
- D) Wat heeft u nodig om de fout(en) te voorkomen?

	A			B	C	D
Aanmelding en intake proces	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten			
Verwijzing						
Cliëntgegevens						
Verzekeringsgegevens						
Aanmelding						
Openen DBC (gGGZ)						
Openen Zorgproduct (gbGGZ)						
cliënt onverzekerd						
Zelfbetalers						
Anders namelijk: ...						

Vraag 2 Start behandeling:

- A) Geef met een “x” aan hoeveel fouten, knelpunten of vergissingen er voorkomen per onderdeel bij **de start van de behandeling** (veel, weinig of geen fouten).
- B) Geef op een schaal van **1 tot 10** aan in welke **mate u hierdoor last ervaart** (1: geen last – 10: veel last)
- C) Om welke fout(en) gaat het?
- D) Wat heeft u nodig om de fout(en) te voorkomen?

	A			B	C	D
Start behandeling	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten			
Stoornis wordt vergoed in het zorgcontract						
Stoornis wordt vergoed in de polisvoorwaarden van de cliënt						
Productgroep bepaling gbGGZ						
Productgroep bepaling DBC						
De behandelaar die tijd mag schrijven						

	A			B	C	D
Vervolg Start behandeling	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten			
Registratie directe cliëntgebonden tijd						
Registratie indirecte cliëntgebonden tijd						
Niet cliëntgebonden tijd						
Registratie no- show						
Registratie OVP						
Registratie OZP						
Parallele DBCs						
Heropenen DBC/zorgproduct						
Vervolgen DBC/zorgproduct						
Anders namelijk: ...						
Anders namelijk: ...						

Vraag 3:

- A) Geef met een “x” aan hoeveel fouten, knelpunten of vergissingen er voorkomen per onderdeel bij het **afsluiten van het zorgproduct/DBC** (veel, weinig of geen fouten).
- B) Geef op een schaal van **1 tot 10** aan in welke mate u hierdoor last ervaart (1: geen last – 10: veel last)
- C) Om welke fout(en) gaat het?
- D) Wat heeft u nodig om de fout(en) te voorkomen?

	A			B	C	D
Afsluiten zorgproduct/DBC	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten			
Afsluiten DBC						
Afsluiten zorgproduct						
Afsluitreden						
Anders namelijk: ...						
Anders namelijk: ...						

Vraag 4 declaratieproces:

- A) Geef met een “x” aan hoeveel fouten, knelpunten of vergissingen er voorkomen per onderdeel bij het **declaratieproces** (veel, weinig of geen fouten).
- B) Geef op een schaal van **1 tot 10** aan in welke mate u hierdoor last ervaart (1: geen last – 10: veel last)
- C) Om welke fout(en) gaat het?
- D) Wat heeft u nodig om de fout(en) te voorkomen?

Declaratieproces	A			B	C	D
	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten			
Tariefbepaling per zorgverzekeraar						
Ontbreken gegevens						
Versturen naar DIS						
Aanlevering aan VECOZO						
Retourbericht						
Zorgzwaarte indicator						
Uitbetalen van DBC/product						
Anders namelijk: ...						
Anders namelijk: ...						

Afsluiting

Hartelijk dank voor u medewerking. U kunt de ingevulde vragenlijst retourneren aan René Meijer (rene.meijer@arteriaconsulting.nl).

10.2. Bijlage 2

Response vragenlijst per fase van het declaratieproces:

1. Aanmelding en intake

#	Onderdeel	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten	N.v.t.	Respons
1	Verwijzing	59	54	27	0	140
2	Cliëntgegevens	2	49	88	1	140
3	Verzekeringsgegevens	9	41	89	1	140
4	Aanmelding	7	41	80	2	130
5	Openen DBC (gGGZ)	2	28	80	11	121
6	Openen zorgproduct (gbGGZ)	3	28	80	11	117
7	Cliënt onverzekerd	5	19	96	16	136
8	Zelfbetalers	5	26	85	13	129
9	Anders	1	4	12	5	22

2. Start behandeling

#	Onderdeel	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten	N.v.t.	Respons
1	Stoornis wordt vergoed in het zorgcontract	10	49	74	0	133
2	Stoornis wordt vergoed in de polisvoorwaarden van de cliënt	9	38	82	2	131
3	Productgroep bepaling gbGGZ	12	36	56	13	117
4	Productgroep bepaling DBC	6	21	86	6	119
5	De behandelaar die tijd mag schrijven	4	25	93	4	126
6	Registratie directe cliëntgebonden tijd	2	26	107	1	136
7	Registratie indirecte cliëntgebonden tijd	7	34	79	1	121
8	Niet cliëntgebonden tijd	9	22	91	4	126
9	Registratie no show	13	30	81	6	130
10	Registratie OVP	4	13	66	14	97
11	Registratie OZP	0	7	58	13	78
12	Parallele DBCs	9	32	56	9	106
13	Heropenen DBC/zorgproduct	12	44	60	1	117
14	Vervolgen DBC/zorgproduct	9	40	67	2	118
15	Anders namelijk: ...	1	3	7	4	15

3. Afsluiten

#	Onderdeel	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten	N.v.t.	Respons
1	Afsluiten DBC	16	49	47	5	117
2	Afsluiten zorgproduct	13	32	71	4	120
3	Afsluitreden	3	34	88	0	125
4	Anders	2	3	7	5	17

4. Declaratie

#	Onderdeel	Veel fouten	Weinig fouten	Geen fouten	N.v.t.	Respons
1	Tariefbepaling per zorgverzekeraar	49	52	25	1	127
2	Ontbreken gegevens	13	39	71	1	124
3	Versturen naar DIS	39	38	45	2	124
4	Aanlevering aan VECOZO	8	38	74	4	124
5	Retourbericht	15	44	59	1	119
6	Zorgzwaarte indicator	9	15	63	11	98
7	Uitbetalen van DBC/product	24	58	35	3	120
8	Anders namelijk: ...	1	5	2	6	14

10.3. Bijlage 3

Plan van Aanpak

Inleiding

Met het programma 'rechtmatige zorg' dat de Minister en Staatssecretaris van VWS op 27 maart 2015 naar de Tweede Kamer stuurde wil VWS de rechtmatigheid in het brede domein van de zorg verbeteren. Veldpartijen uit de GGZ zijn gevraagd deel te nemen aan een werkgroep *snel en correct declareren GGZ* die als doel heeft de vaak onbedoelde fouten in declaratieverkeer tussen aanbieders en financiers te voorkomen. Deze fouten zijn vaak het gevolg van de complexiteit van de regelgeving en verschillen in interpretatie hiervan. De werkgroep snel en correct declareren heeft vastgesteld dat het proces van registreren en declareren bij vrijevestigde zorgaanbieders wezenlijk verschilt van die van instellingen en daarom een apart plan van aanpak verdient. Aan het NIP, LVVP en NVvP, die in de werkgroep de vrijevestigde aanbieders vertegenwoordigen, is gevraagd een plan van aanpak uit te werken op basis van een discussienotitie van deze drie partijen die is ingebracht in de werkgroep van 26 juni. Waar mogelijk zal daarbij gebruik gemaakt worden van ervaringen van instellingen en verzekeraars om het declaratieverkeer in de curatieve GGZ (cGGZ) te verbeteren. Met dit plan van aanpak geven NIP, LVVP en NVvP hier gevolg aan. Achtereenvolgens komen aan de orde de afbakening en verduidelijking van het probleem, doel en beoogd resultaat, een stappenplan met tijdspanning, communicatie en organisatie.

Probleemstelling:

Vrijgevestigde zorgaanbieders in de curatieve GGZ leveren zorg in een kleinschalige eigen praktijk in verschillende rechtsvormen (ZZP, eenmanszaak, maatschap, VOF of BV) en zijn in grote mate zelf verantwoordelijk voor het leveren van goede en verantwoorde zorg conform de professionele standaard. Daarbij hoort ook een degelijke bedrijfsvoering. De LVVP, het NIP en de NVvP ontvangen van hun zelfstandig gevestigde leden regelmatig signalen dat het proces van registreren en declareren complex is en veel tijd in beslag neemt. De beschikbare software kan veel, maar niet alles. De regelgeving laat soms ruimte voor interpretatie en zorgverzekeraars hanteren verschillend beleid en inkoopvoorwaarden. Zo hangt het van de polis van de cliënt af of, tegen welke voorwaarden en tegen welk tarief een behandeling vergoed wordt. In de praktijk blijkt dat softwaresystemen hier niet altijd op aangepast (kunnen) worden. Dit alles kan leiden tot afgekeurde declaraties met meer inzet van administratieve tijd als gevolg. Niet alleen levert dit frustratie op bij de aanbieder, maar het gaat ook ten koste van de beschikbare tijd voor de patiënt. Een korte (en niet volledige) eerste inventarisatie van mogelijke fouten in het proces van registreren & declareren staat genoemd in aanvulling 1. VWS, NZa en de zorgverzekeraars willen fouten voorkomen met het oog op rechtmatigheid van de geleverde zorg. Het NIP, LVVP en NVvP willen met het optimaliseren van het proces van registreren, declareren en controleren vooral onnodige fouten in het declaratieproces voorkomen en de frustraties over de administratieve lasten onder hun achterban adresseren.

In dit plan gaat het om het optimaliseren van het proces van registreren en declareren van verzekerde zorg in de curatieve GGZ (hierna: cGGZ), ter voorkoming van fouten en frustratie. Het gaat niet om het bediscussiëren van de grenzen van het verzekerd pakket. Onduidelijkheid over beleid ten aanzien van verzekerde zorg en verschillen hierin in de inkoopvoorwaarden van verzekeraars kan wel tot de knelpunten behoren.

Doel en beoogd resultaat

Doelstelling van dit plan van aanpak is om uiterlijk het eerste kwartaal van 2016 de meest voorkomende fouten en knelpunten in kaart te hebben gebracht, in het proces van registreren en declareren van geleverde zorg door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de cGGZ.

Het tweede doel is een lijst van concrete verbetervoorstellen om deze knelpunten en risico's op fouten significant te verminderen. Het begrip fouten wordt in dit verband breed opgevat: het onbedoeld ontbreken van informatie, zoals datum of nummers, foutief ingevulde data, en declareren van zorg die op grond van de Zvw, zorgpolis van cliënt of contract tussen aanbieder en verzekeraar niet tot verzekerde zorg behoort. De laatste categorie is geen fout maar een onterechte declaratie. Omdat dit soms veroorzaakt wordt door een vergissing in declaratie (bijvoorbeeld de verkeerde diagnosecode ingevuld), maar in ieder geval ook tot veel problemen leidt, wordt deze categorie wel meegenomen in dit plan van aanpak.

Hiermee wordt beoogd dat het proces van registreren en declareren wordt geoptimaliseerd met een positief resultaat voor zowel de aanbieder als de zorgverzekeraar. De voorstellen moeten ook voor beide partijen herkenbaar, gedragen en uitvoerbaar zijn. Het plan van aanpak is dus niet vrijblijvend maar heeft de ambitie uitgevoerd te worden en daadwerkelijk tot meetbare vermindering van afgewezen declaraties. Voor een effectieve uitvoering van dit plan van aanpak is commitment nodig van alle partijen. Het daadwerkelijk implementeren van de voorstellen wordt dan ook voorzien in het vervolg van dit traject in 2016. Het succes van het plan van aanpak kan worden gemeten aan de hand van een afname van het percentage afgekeurde declaraties.

Het resultaat van dit traject is een rapportage met daarin:

- 1 Een systematische inventarisatie van fouten en knelpunten in het registratie- en declaratieproces in de cGGZ bij vrijgevestigden vanaf de opening van de behandeling tot en met de uitbetaling van het gedeclareerde bedrag;
- 2 Per fout/knelpunt een ordening naar risico en impact.
- 3 Per fout/knelpunt met een hoge prioriteit een concrete maatregel om het risico/knelpunt te verminderen tot aanvaardbare grootte of op te lossen;
- 4 Aanbevelingen voor de implementatie van de onder 3 genoemde maatregelen met daarbij de aangewezen trekker en randvoorwaarden (bijvoorbeeld kostendragers, regelgeving of politieke besluitvorming).

Deze rapportage wordt aangeboden aan de opdrachtgever en zal worden geagendeerd voor de werkgroep snel en correct declareren GGZ. Implementatie van de mogelijke aanbevelingen zal worden toegevoegd aan de agenda van de werkgroep *Snel en correct declareren GGZ*.

Plan van aanpak

Om bovengenoemde resultaat te bereiken wordt de volgende aanpak en fasering voorgesteld:

1 Systematische verkenning van de veelvoorkomende fouten en knelpunten

In deze fase worden de meest voorkomende fouten in kaart gebracht aan de hand van een systematische verkenning van het gehele proces startend bij de eerste registratie tot aan de eindafrekening door de verzekeraar. Te denken valt daarbij aan de volgende fases in het declaratieproces:

- A Opening behandeling, verwijzing, registratie cliënt- en verzekeringsgegevens, behandelaar, diagnostiek, voorlopige productbepaling
- B Uitvoeringsfase, registratie van behandelingscomponenten
- C Afsluiting behandeling, registratie definitief product, behandeltijd en componenten
- D Aanleveren MDS aan DIS
- E Indienen declaratie aan zorgverzekeraar of cliënt
- F Verwerking declaratie (uitbetaling of afwijzing)
- G Controle en correcties

De inventarisatie wordt gedaan door antwoorden te vinden op de volgende vragen:

1. Wat zijn bij de negen *zorgverzekeraars* de redenen voor het afkeuren van een declaratie vooraf en achteraf, bij voorkeur toegespitst naar zelfstandig gevestigde aanbieders. In welke fase (A t/m G) ontstaat het probleem waardoor de declaratie wordt afgekeurd?
2. Wat zijn de meest gestelde vragen aan de *NZa* over de DBC systematiek en de declaratieregels? Over welke fase (A t/m G) worden vragen gesteld?
3. Wat zijn bij *zelfstandig gevestigde aanbieders* de drie meest genoemde frustraties/fouten/knelpunten in het proces van registreren en declareren, gerelateerd aan afgekeurde declaraties? In welke fase (A t/m G) bevindt ieder knelpunt zich?

Resultaat: beschrijving van registratie en declaratieproces met de meest voorkomende fouten en knelpunten per fase (A t/m G).

Uitvoering: NZa/DBC-onderhoud, zorgverzekeraars/Vektis en branche- en beroepsverenigingen.

2 Toetsen en uitwerken risico's en oplossingsrichtingen in expertgroep

In deze fase worden de resultaten van fase 1 voorgelegd aan een expertgroep bestaande uit een vertegenwoordiging van zelfstandige aanbieders, softwareleveranciers en zorgverzekeraars. Waar nodig worden deze aangevuld. Vervolgens worden de 'fouten en knelpunten geprioriteerd op basis van de frequentie van voorkomen, de tijd die het vraagt om het te herstellen, de mate van frustratie die het oplevert bij de aanbieder en de financiële risico's. De kans op de fout wordt bepaald door na te gaan hoe vaak het zich voordoet in praktijk en of er waarborgen in het systeem zijn (bijvoorbeeld controlemechanisme in de software). De impact wordt bepaald aan de hand van het financieel risico voor de aanbieder, de mate van frustratie en hoeveelheid tijd die de aanbieder eraan kwijt is. Bijvoorbeeld hoog (behandeling had niet gedeclareerd mogen worden en wordt geheel teruggevorderd of wordt juist ten onrechte geweigerd) of laag, er wordt een te hoog of te laag bedrag gedeclareerd. Zo zijn 3 prioriteitsklassen aan te merken: Hoog, middelhoog of laag.

Prioritering van risico's	Kleine impact	Grote Impact
lage frequentie/kans	Lage prioriteit	Middelhoge prioriteit
grote frequentie/kans	Middelhoge prioriteit	Hoge prioriteit

3 Uitwerken oplossingsrichtingen en randvoorwaarden in teams

Na benoemen en prioriteren van de risico's worden de belangrijkste oplossingsrichtingen verder uitgewerkt. Trekker hiervan is de partij die hier de meeste invloed op heeft: bijvoorbeeld de NZa, beroepsvereniging of verzekeraar. Belangrijk is dat andere partijen deze trekker van input voorzien en meedenken bij de gekozen oplossingsrichtingen.

4 Aanbevelingen en implementatie

Tot slot wordt aan het rapport een paragraaf toegevoegd waarin aanbevelingen worden geformuleerd en een advies wordt gegeven ten aanzien van de implementatie hiervan. Het rapport met de aanbevelingen en advies worden geagendeerd voor de werkgroep snel en correct declareren. Implementatie van de aanbevelingen wordt gemonitord en indien gewenst gefaciliteerd door de werkgroep snel en correct declareren.

\

Tijdsplanning

Uitvoering van het plan van aanpak geschied in het laatste kwartaal van 2015. Randvoorwaarde hiervoor is opdrachtverstrekking hiervoor en het beschikbaar komen van de onder projectorganisatie genoemde middelen en capaciteit. Doorlooptijd is circa 4 maanden. Uitgaande van opdrachtverstrekking in week 43 is de tijdsplanning voor de uitvoering als volgt:

Week	Activiteit
39 - 41	Vorbereiding werkzaamheden, werving projectleider
43 - 44	Opdrachtverlening VWS en instelling projectteam, samenstellen expertgroep
45 – 47	Systematische risicoverkenning, deskresearch en data-analyse
48 – 49	Organisatie expertgroep, verwerking van de uitkomsten
50 – 2	Uitwerking oplossingsrichtingen
3 - 5	Opstellen Implementatieplan
6	Bespreken eindrapport door werkgroep, vaststelling door VWS

Projectorganisatie

VWS is de opdrachtgever van het traject. Voor de uitvoering van het project wordt een externe projectleider aangetrokken. VWS stelt hiervoor financiële middelen beschikbaar. Binnen de werkgroep zijn NIP, LVVP en NVvP gezamenlijk als trekker aangewezen. Zij houden contact met de projectleider en zijn medeverantwoordelijk voor de voortgang van de werkzaamheden.

- De projectleider is de uitvoerder van het plan van aanpak. Dit betreft de uitvraag van fouten/knelpunten, de analyse hiervan en het opstellen van de rapportage. Hij of zij bewaakt de voortgang en de tijdsplanning en organiseert en begeleidt de expertbijeenkomsten.
- De werkgroep snel en correct declareren fungeert als klankbordgroep. De leden van de werkgroep faciliteren de projectleider in het verkrijgen van de gevraagde informatie, het werven van experts en indien nodig beschikbaar stellen van faciliteiten voor werkbijeenkomsten.
- Expertgroep: Voor fase 2 wordt éénmalig een expertgroep bijeengebracht om geïnventariseerde fouten en knelpunten te bespreken en aan te vullen, te prioriteren en oplossingsrichtingen aan te dragen. De projectleider organiseert de bijeenkomst van de expertgroep en zit deze voor. Werving voor leden van de expertgroep geschiedt via de relevante beroeps- en brancheverenigingen. Zij doen ook een voorstel voor het uitnodigen van softwareaanbieders.

Inzet van middelen en capaciteit

Voor de uitvoering van het plan van aanpak is de inzet van een externe projectleider voor 4 dagen in de week noodzakelijk gedurende de looptijd van het project. Daarnaast zijn de leden van het projectteam beschikbaar in de gestelde periode.

Monitoring voortgang

Aan de werkgroep rechtmatig declareren wordt de voortgang gerapporteerd en indien uitvoering op schema is het concept implementatieplan in het eerste kwartaal 2016. Deze kan na vaststelling en bespreking in werkgroep snel en correct declareren openbaar worden gemaakt. Deelnemers aan het project kunnen het rapport via eigen media aan de achterban verspreiden.

Korte inventarisatie van mogelijke foutenrisico's bij declareren:

Een korte belronde langs vrijevestigde NIP-leden leert dat een snelle inventarisatie van veel voorkomende fouten en onduidelijkheden gecompliceerder is dan in eerste instantie gedacht:

- a) Als eerste kunnen fouten ontstaan door onduidelijkheid en onbekendheid met wat precies verzekerde zorg is die gedeclareerd mag worden. Bijvoorbeeld of de betreffende stoornis

en/of interventie wel of niet in het verzekerde pakket valt. Verschil in beleid van verzekeraars en interpretatieruimte in overheidsbeleid dragen hiertoe bij.

- b) Als tweede kunnen fouten ontstaan door misinterpretatie van de regelgeving in beleidsregels en spelregels van de NZa. Bijvoorbeeld wat directe en indirecte patiëntgebonden tijd is, en wat niet-patiëntgebonden tijd is. Per behandeltraject moet een veelheid aan gegevens geregistreerd worden die niet altijd te herleiden is (bijvoorbeeld behandelinzet per betrokken behandelaar, per behandelcomponent. Daar komen eisen bij aan de voorwaarden voor zorg zoals de verwijfsbrief met daarin ook weer een aantal gegevens die wettelijk voorgeschreven staan (zoals agb-code van de verwijzer) die niet altijd bekend zijn.
- c) Er kunnen fouten ontstaan door verschillend beleid van verzekeraars. Zo kan een interventie wettelijk verzekerde zorg zijn maar de verzekeraar dit in de polis- of contractvoorwaarde hebben uitgesloten.
- d) Bij de invoering van de data in de declaratiesoftware kunnen onbedoeld fouten sluipen, bijvoorbeeld onbewust omdraaien van twee cijfers, foutief spellen van naam of initialen van cliënt, verkeerde DBC-code enzovoorts. Sommige fouten worden automatisch door declaratiesoftware gemeld (bijvoorbeeld een niet bestaande DBC-code), maar heel vaak ook niet. Bij verwerking door de verzekeraar kunnen deze fouten naar boven komen waarna de declaratie met een foutcode wordt afgewezen en teruggestuurd. Het controleren en opnieuw insturen van deze declaraties is erg arbeidsintensief. Het kan ook voorkomen dat foutieve declaraties wel verwerkt en uitbetaald worden en pas bij een materiele controle boven water komen.
- e) In de declaratie en verwerkingssoftware kunnen systeemfouten ontstaan. Zo is er een geval bekend waarbij de zorgverzekeraar zelf andere tariefpercentages hanteerde dan in contract met zorgaanbieder overeen was gekomen waarna declaraties van deze zorgaanbieder systematisch werden afgewezen. Herstel hiervan is lastig en tijdrovend.

Deze eerste maar zeker niet complete inventarisatie leert dat een korte uitvraag bij leden niet eenduidig een beeld in de declaratierisico's oplevert. Men is niet altijd bewust dat men een fout maakt of waar de fout zit. Oorzaak kan onduidelijkheid in het zorgstelsel zijn, beleid van verzekeraars, menselijke fouten bij het invoeren van data en systeemfouten. Bij een brede uitvraag bijvoorbeeld met een enquête of meldpunt is de kans dan ook groot dat meldingen rijp en groen binnenkomen waarbij niet direct duidelijk wordt waar precies de fout zit.

Aanvulling 1: Voorbeeldtabel inventarisatie foutenrisico's

	Omschrijving	Foutrisico/prioriteit	Oplossing
1	Aanmelding en intake		
	Ontbreken verwijzing huisarts	Behandeling start zonder verwijzing	Controle vraag bij opening DBC verwijzing huisarts
	Onvolledige huisartsverwijzing	Ontbreken vermoeden DSM stoornis Ontbreken verwijzing GBGGZ of SGGZ Ontbreken AGB-code huisarts	Correcte huisbrief in huisartsensystemen. Controle veld huisartsenverwijzing is systeem zorgaanbieder
	Fouten cliëntgegevens	Foutief gespelde naam of initialen Foutief BSN nummer Foutieve geboortedatum Foutieve NAW gegevens	Koppeling BSN nummer met cliëntgegevens
	Fouten verzekeringsgegevens	Fout uzovinumnummer Bekende Client veranderd van verzekeraar bij vervolg-dbc	Etc.
	Registratie eerste contactmoment	Etc.	
	etc.		
2	Start behandeling		
	Valt zorg in aanspraak ZVW?		
	Vaststelling juist zorgproduct		
	Wie mag tijd registreren?		
	Directe en indirecte cliëntgebonden tijd		
	Niet cliëntgebonden tijd registreren		
	Tijd foutief registreren		
	Registratie no show, OVP en OZP's		
	Heropenen zorgproduct binnen of na 365 dagen		
3	Afsluiting zorgproduct		
	Afsluiten als patiënt nog in behandeling is		
	Onjuiste afsluitreden		
	Afsluiten of verkeerd schadelastjaar		
	Foutieve DBC code/zorgproductcode		
4	Declareren		
	Ontbrekende gegevens		
	Niet versturen naar DIS		
	Foutief aanleveren aan Vektis		

10.4. Bijlage 4

Format verwijsbrief GGZ

Door onderstaande elementen <.....> in te vullen per patiënt, stelt u een verwijsbrief op voor nadere diagnostiek en behandeling.

<Adresgegevens huisartsenpraktijk>

Betreft: Verwijzing huisarts voor GGZ

Datum: <invullen*>

Geachte <heer/mevrouw> <naam>/collega>,

Er is sprake van een (vermoeden van een) DSM benoemde psychische stoornis bij één van mijn patiënten. Met deze verwijsbrief wil ik u graag verzoeken nadere diagnostiek en behandeling in gang te zetten.

Persoonsgegevens patiënt

<Naam>

<Geboortedatum>

<Adres>

<Postcode> <Woonplaats>

<BSN>

<Verzekering>

De verwijzing betreft: <kruis aan>

- Generalistische basis GGZ
Toelichting: patiënten met lichte tot matige problematiek.
- Gespecialiseerde GGZ
Toelichting: patiënten met hoog risico en/of complexe aandoeningen.

Vraagstelling, reden verwijzing

1. Klacht of hulpvraag van de patiënt:

<In korte bewoordingen, in context van deze consultatie.>

2. (Vermoeden van) DSM benoemde psychische stoornis:

<Omschrijving van (het vermoeden van) een psychische stoornis.**>

3. Anamnese:

<Aard, ontstaan, duur, beloop van de klacht, recente behandeling en effect, in chronologische volgorde. Psychosociale omstandigheden. Geef aan of het een heteroanamnese betreft.>

4. Psychiatrische voorgeschiedenis, familieanamnese, psychosociale omstandigheden: (staat in de bijlage)

<Vermeld indien van toepassing.>

5. Relevante comorbiditeit:

<Vermeld de somatische problematiek.>

6. Suïcidaliteit:

<Vermeld ook eventuele suïcidaliteit in het verleden.>

7. Risicovol gedrag:

<Indien bekend vermelden. Beschrijf uw bevindingen. Vermeld ook verslavingsgedrag zoals gokken.>

Patiëntgegevens

8. Beleid:

<Vermeld de door u ingestelde (of gestaakte) behandeling of medicatie op het moment van versturen van het bericht en de door u uit te voeren controles.>

9. Allergie, intolerantie:

<Vermelden indien van toepassing.>

10. Besproken met de patiënt:

<Beschrijf hoe uw handelen is besproken met patiënt. Ook eventueel de eerdere adviezen die u heeft gegeven en/of voorbereiding van de POH-GGZ. Vermeld zo letterlijk mogelijk wat is besproken met de patiënt en of een informatiefolder (thuisarts.nl) over een aandoening of therapie is verstrekt.>

11. Ook bekend bij:

<Zorgverleners invullen bij wie de patiënt in behandeling is of was>

Procedurevoorstel

<Voorstel voor samenwerking: geef aan hoe u betrokken wilt blijven.>

Met vriendelijke groet,

<Naam en functie verwijzer***>

<AGB-code verwijzer>

<Handtekening verwijzer en/of praktijkstempel>

Toelichting elementen verwijsbrief

* Deze mag maximaal een half jaar voor de eerste behandeldatum liggen.

** De NHG standaarden en richtlijnen zijn hierbij leidend. De huisarts hoeft de stoornis niet DSM te classificeren, dat is een taak van de generalistische basis GGZ of de gespecialiseerde GGZ. Omschrijving van de (vermoede) stoornis is dus voldoende. Wat betreft de vergoeding geldt dat alleen patiënten waarbij sprake is van een (vermoeden van een) DSM-stoornis, zoals bijvoorbeeld een depressie, een angststoornis of psychose, kunnen worden behandeld in de verzekerde GGZ. Uitzondering hierop is een aanpassingsstoornis, als DSM-stoornis wordt dit niet vergoed in de GGZ. Patiënten zonder (vermoeden van) een DSM-stoornis, zoals bijvoorbeeld relatieproblemen, kunnen in de huisartsenpraktijk worden behandeld of op eigen kosten in de GGZ.

*** De POH-GGZ kan niet zelf verwijzen, dat doet alleen de huisarts. De POH-GGZ kan de verwijzing wel voorbereiden.

10.5. Bijlage 5

Afkeuringen per retourcode

Als een declaratie geheel of gedeeltelijk wordt afgekeurd wordt de reden daarvan in de retourinformatie kenbaar gemaakt via retourcodes. De retourcodes en omschrijvingen worden opgesteld en onderhouden door Vektis en verschillen per zorgsector. De GGZ en Medisch Specialistische Zorg (hierna: MSZ) maken gebruik van eenzelfde lijst met retourcodes, namelijk de 'COD954'. Op deze lijst staan 942 actieve retourcodes en omschrijvingen¹⁵.

Een afgekeurde declaratie kan meerdere fouten en daarmee retourcodes bevatten. Aan de hand van de omschrijving bij de retourcode kan een zorgaanbieder de fout zelf herstellen of contact opnemen met de softwareleverancier. Wanneer een declaratie 'technisch' wordt afgekeurd door VECOZO, dan kan een zorgaanbieder de declaratie na aanpassing opnieuw indienen. Is een declaratie door een zorgverzekeraar afgekeurd, dan zal een zorgaanbieder te allen tijde een nieuwe declaratie moeten aanmaken¹⁶.

In het onderstaande overzicht (tabel 5), zijn de 10 meest voorkomende retourcodes van 2015 geplaatst. Het percentage bij de retourcode toont de frequentie ten opzichte van het totaal aantal gecommuniceerde retourcodes.

Tabel : Voorkomendheid van retourcodes op afkeuringen 2015 (alleen declaratiestandaard GZ321 1.0)

Retourcode	Omschrijving retourcode	%
8064	Indicaties debet/credit mogen (indien gevuld) niet verschillend zijn binnen één record inclusief onderliggende records.	14%
8682	Referentienummer dit tijdsbestedingrecord moet uniek zijn binnen het bestand.	11%
8307	Declaratiecode mag niet gelijk zijn aan declaratiecode deelprestatie in relatie met soort prestatie/tarief.	8%
8676	Het tijdsbestedingrecord hoort niet bij dit prestatierecord.	7%
8284	Zorgverlenerscode voorschrijver/verwijzer en/of Specialisme voorschrijver/verwijzer niet juist ingevuld in relatie met Code (zelf)verwijzer	6%
8677	Tijdsbestedingrecord is niet uniek in bestand.	6%
8665	Prestatierecord is niet uniek in bestand.	5%
8186	Postcode Nederland mag niet gevuld zijn indien code land is buitenland en andersom.	4%
8667	Tariefrecord is niet uniek in bestand.	3%
0582	Prestatiecode (of artikel [AP] GPH-/DBC-declaratiecode) ontbreekt of is onjuist (niet bestaande code).	3%

Bron: VECOZO, 29 februari 2016

¹⁵ Stand: 17-03-2016. Zie ook: <http://ei.vektis.nl/WespCodelijstenOverzicht.aspx>

¹⁶ Zie hier ook de uitleg op de website van VECOZO: <https://www.vecozo.nl/diensten/declareren/kennisbank.aspx?id=709>