

Toets op fraude en handhaving van het 'Zorgprestatie­model ggz en fz'

14 juli 2020

Inhoud

Samenvatting	3
1. Inleiding	5
2. Hoofdpijnen	7
2.1 Consult	7
2.2 Indirecte tijd	7
2.3 Setting	8
2.4 Beroepen	8
2.5 Verblijf	8
2.6 Zorgtrajectnummer	8
2.7 Termijnafgrenzing/declaratietermijn	9
2.8 Toeslagen	9
3. Risico's op fouten en fraude in het Zorgprestatie­model	10
3.1 Consult	10
3.2 Indirecte tijd	12
3.3 Setting	13
3.4 Beroepen	15
3.5 Verblijf	15
3.6 Zorgtrajectnummer	16
3.7 Termijnafgrenzing/declaratietermijn	17
3.8 Toeslagen	18
4. Samenvatting en aanbevelingen	19
4.1 Samenvatting	19
4.2 Aanbevelingen	21

Samenvatting

In deze rapportage is op basis van de tot op heden beschreven uitwerking van het zorgprestatie­model, getoetst of het nieuwe bekostigings­model voldoet aan de normen voor handhaafbaarheid en of het model fraudebestendig is. De mogelijke, nieuwe risico's op fouten en fraude zijn gezamenlijk met potentiële beheersmaatregelen in kaart gebracht.

Op basis van deze uitwerking zijn wij van mening dat het zorgprestatie­model mogelijke risico's op fouten en fraude eerder ondervangt, dan dat deze in de hand worden gewerkt. Juist omdat de transitie bedoeld is op eenvoud en transparantie, met herkenbare en controleerbare zorgprestaties voor patiënten en tarieven die aansluiten bij behandelaar en behandelsetting.

Het zorgprestatie­model biedt de mogelijkheid om door een adequate systeem/software-inrichting bij zorgaanbieders, een adequate inrichting van controles, zowel bij indiening declaratie als achteraf aan de kant van zorgverzekeraars, veel van de gesignaleerde nieuwe risico's deels te mitigeren. Desondanks zien wij een tweetal significante nieuwe risico's die nadere aandacht behoeven. Uitgangspunt in de bekostiging blijft het uitgaan van vertrouwen en geen enkel bekostigings­model is geheel risicoloos. Doordat we een beeld hebben van deze mogelijke toekomstige risico's, hebben we snel inzicht wanneer de risico's zich verwezenlijken en kan snel worden ingegrepen indien nodig.

- Het risico dat zorgaanbieders afspraken voor individuele consulten (te) ruim in plannen. De tijdsregistratie wordt in de nieuwe structuur losgelaten, waardoor planning in de agenda leidend wordt voor declaratie. Wanneer de planning in de agenda leidend gaat zijn, verwachten wij dat het risico op het ruim inplannen van afspraken door zorgaanbieders reëel is en de impact potentieel groot. Er zijn een aantal instrumenten om dit risico te mitigeren. De NZa zal in de regelgeving in ieder geval strenge eisen stellen aan de administratie en agenda van de zorgaanbieders. De verbeterde datapositie zorgt ervoor dat zorgverzekeraars en overheid dit risico grotendeels kunnen monitoren, zodat indien nodig tijdig actie kan worden ondernomen. Daarnaast biedt de aanvulling in het toezichtinstrumentarium van de NZa op het gebied van transparante bedrijfsvoering ons handvatten om risico's rond correct registreren en declareren te adresseren. De komende periode zal worden nagedacht over of de genoemde beheersmaatregelen het risico in voldoende mate mitigeren en zo niet, welke aanvullende maatregelen genomen moeten worden.
- Het risico dat zorgaanbieders indirecte tijd registreren als directe tijd. Hierbij wordt de indirecte tijd als directe tijd meegenomen in de registratie en op deze manier ontstaat dubbele bekostiging. In het zorgprestatie­model zit de vergoeding voor indirecte tijd immers al als een opslag in het consult verwerkt. Een zorgverlener zou tijdens het directe patiëntcontact een deel van de indirecte werkzaamheden kunnen uitvoeren en op deze manier zijn omzet vergroten. Onze inschatting is dat het onterecht registreren van indirecte tijd als directe tijd, een reëel risico is. Naast een duidelijke definitie van 'consulttijd' in de regelgeving kan ook hier de

verbeterde datapositie van zorgverzekeraars en overheid ervoor zorgen dat dit risico gemonitord kan worden, zodat indien nodig tijdig actie kan worden ondernomen.

De komende periode zal worden nagedacht of de genoemde beheersmaatregelen het risico in voldoende mate mitigeren en zo niet, welke aanvullende maatregelen genomen moeten worden.

1. Inleiding

In april 2019 heeft de NZa het advies 'Zorgprestatie­model ggz en fz' gepubliceerd. Dit met als doel te adviseren over het vaststellen van een nieuw model voor de bekostiging van de ggz en fz. Het zorgprestatie­model vervangt de huidige dbc-systematiek. In hun reactie op het advies geven de staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de minister voor Rechtsbescherming aan dat ze van plan zijn het advies over te nemen mits de uitwerking van het model voldoet aan een aantal voorwaarden. De NZa heeft de opdracht gekregen om samen met partijen, met inachtneming van de voorwaarden, het zorgprestatie­model uit te werken. Een van de voorwaarden is om bij de verdere uitwerking te toetsen of het model voldoet aan de normen voor toezicht- en handhaafbaarheid en of het model fraudebestendig is. In dit memo komen wij tegemoet aan dit verzoek.

Het ministerie van VWS zet zich deze kabinetsperiode met extra energie in op een aanpak van fouten en fraude met als doel de onrechtmatigheden in de zorg fors te verminderen¹. Door de hogere risico's op fouten en fraude, is de ggz een branche waar specifieke plannen voor zijn gemaakt, waarbij het zwaartepunt ligt bij het voorkomen van fouten en fraude door het correct registreren en declareren te bevorderen. Onderdeel van deze aanpak is dat wet- en regelgeving worden gecontroleerd op fraudebestendigheid. De NZa onderschrijft het belang van het voorkomen van fouten en fraude en zal - zoals gebruikelijk bij uitwerking van regelgeving - een kritische beoordeling op fouten- en fraudegevoeligheid onderdeel laten zijn van de verdere uitwerking van het zorgprestatie­model. De fraude- en handhavingstoets is bedoeld om vóór de inwerkingtreding van het zorgprestatie­model meer zicht te krijgen op de mogelijkheden en risico's op fouten en fraude die hieruit in de praktijk kunnen voortvloeien.

Als we het over onrechtmatigheden in de zorg hebben, dan gaat het om handelingen die in strijd zijn met wet- of regelgeving en die ten laste komen van publieke middelen die voor de zorg bestemd zijn. Hierbij maken wij een onderscheid tussen fouten en fraude. Er is sprake van een fout indien de regels onbedoeld worden overtreden als gevolg van onduidelijkheid of vergissingen. Er is sprake van fraude indien er opzettelijk en doelbewust in strijd wordt gehandeld met de regels met het oog op eigen of andermans (financieel) gewin. Onderhavige toets richt zich in beginsel op de risico's op fraude, maar benoemt ook waar mogelijk de risico's op fouten die kunnen bijdragen aan oneigenlijk gebruik. Risico's op het strategisch omgaan met de regels en mogelijk onwenselijk gedrag - zonder dat er sprake is van een overtreding - worden indien gesignaleerd ook benoemd.

De focus in dit document ligt op de vergelijking tussen de dbc-systematiek en het zorgprestatie­model. De generalistische basis-ggz wordt niet met de dbc-systematiek geregistreerd en de enige verandering die het zorgprestatie­model meebrengt is de registratie per behandeling in plaats van de gehanteerde totaalpakketten. De generalistische basis-ggz wordt dan ook in dit document buiten

¹ Zie rapport 'Rechtmatige Zorg, Aanpak van fouten en fraude 2018-2021', Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Zorg.
<https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/04/01/rechtmatige-zorg>

beschouwing gelaten. Uitsluitend de risico's die specifiek voortkomen uit de transitie van de dbc-systematiek naar het zorgprestatieproces, en dus de specifieke keuzes die zijn gemaakt bij de vormgeving van het zorgprestatieproces, zijn onderdeel van de beschouwing. De meer algemene fraude- en handavingsrisico's worden buiten beschouwing gelaten.

Kanttekening bij deze fraude- en handavingstoets is het feit dat het zorgprestatieproces momenteel nog in ontwikkeling is. In het programma 'Zorgprestatieproces ggz en fz' zijn de NZa en veldpartijen nog bezig met het zorgvuldig uitwerken van het model. Specifieke risico's en mogelijkheden op fraude kunnen ontstaan bij de invulling van de details van het model. Daarom is gekozen voor een gefaseerde uitvoering van de toets. De fraude- en handavingstoets in dit memo baseert zich dan ook op de hoofdlijnen² van het zorgprestatieproces en de nieuwe risico's die de NZa ziet op het gebied van gevoeligheid voor fraude en fouten. Dit memo is gedeeld met het programmteam 'Zorgprestatieproces ggz en fz' en diende als aanbeveling voor de verdere ontwikkeling. Wanneer de ontwikkeling van het zorgprestatieproces geheel is afgerond, zal de NZa bij het formuleren van de regelgeving vanzelfsprekend kritisch kijken naar de risico's op fouten en fraude, de aanwezigheid van de bijbehorende beheersmaatregelen en de complete controle- en handavingsmogelijkheden.

In hoofdstuk twee van dit memo worden algemeen, op hoofdlijnen, de veranderingen geschetst die naar onze mening een verandering in risico's op fouten en fraude met zich meebrengen. In hoofdstuk drie van dit memo worden vervolgens meer specifiek per thema de nieuwe risico's van de introductie van het model uiteengezet. Hierbij wordt ook ingegaan op eventuele risico's die worden verminderd door de introductie. Daarnaast wordt alvast een inschatting gemaakt over de aanwezigheid van beheersmaatregelen die op de nieuwe risico's van toepassing zijn. In hoofdstuk vier van dit memo wordt een samenvatting geschetst en worden enkele aanbevelingen onder de aandacht gebracht.

² Zoals beschreven in het advies van de NZA 'Zorgprestatieproces ggz en fz' uit april 2019, de 'Tussenrapportage zorgprestatieproces ggz en fz' uit februari 2020, de Concept Beleidsregel en de Concept Nadere regel.

2. Hoofdlijnen

Het nieuwe model moet een aantal knelpunten van de huidige dbc-systematiek wegnemen en de zorgvraag van de cliënt centraal stellen. Het zorgprestatie-model wordt gekenmerkt door eenvoud en transparantie over de geleverde zorg. De zorgprestaties zijn herkenbaar en controleerbaar voor de patiënt en de tarieven van de zorgprestaties sluiten aan bij de behandelinzet van de behandelaar en bij de behandelsetting. De administratieve lasten gaan structureel omlaag, het model zal sneller inzicht in zorguitgaven geven en het schadebegrip van zorgverzekeraars en het omzetbegrip van zorgaanbieders gaan beter op elkaar aansluiten. Verder komt er met het zorgprestatie-model eenheid in de bekostiging van de ggz en fz.

In het 'Zorgprestatie-model ggz en fz' zitten verschillende veranderingen ten opzichte van de dbc-systematiek die een verandering in risico's op fouten en fraude met zich meebrengen. Op hoofdlijnen zien wij de volgende veranderingen, die wij in deze notitie thematisch verder toelichten.

2.1 Consult

Waar in de oude dbc-systematiek nog tijd (zowel direct als indirect) werd geregistreerd en opgeteld in een totaal aan besteedde minuten binnen een dbc, wordt in het zorgprestatie-model gewerkt met consulten. Per behandeling wordt er door een behandelaar een apart consult in rekening gebracht en apart gedeclareerd bij de zorgverzekeraar. Er zijn grofweg drie soorten consulten; diagnostiek, behandeling en groepsconsulten. Een consult wordt in de conceptbeleidsregel als volgt omschreven: 'Direct zorginhoudelijk contact tussen zorgverlener en (forensische) patiënt of het systeem van de patiënt'. Per behandeling die een behandelaar uitvoert rekent de behandelaar een consult. Hierbij bestaan negen tijdsranges met betrekking tot de duur van het consult³. Het gebruik van consulten is een grote verandering ten aanzien van de dbc-systematiek. Dit zit vooral in het loslaten van de minutenregistratie en het niet meer registreren van indirecte tijd (welke apart wordt besproken). De kern van de verantwoording bij consulten ligt met name op de duur van afspraken zoals geregistreerd in de agenda. Wat naast eerder genoemde punten ook een directe verandering is, is de bekostiging van big-categorieën in plaats van een behandelminuut (met een brede behandelaarsmix). Hier wordt in het volgende onderdeel beroepen verder op ingegaan

2.2 Indirecte tijd

In de nieuwe structuur wordt indirecte patiënt gebonden tijd niet meer geregistreerd, maar als normtijd opgeslagen op de directe patiënt gebonden tijd. Waar voorheen een minuut direct of indirecte besteedde tijd op dezelfde manier meewoog in de dbc-systematiek, wordt nu een directe minuut direct gelinkt aan een hoeveelheid indirecte tijd.

³ Bij groepsconsulten wijken deze tijden af. Voor meer informatie verwijzen wij naar de conceptbeleidsregel 'prestaties en tarieven geestelijke gezondheidszorg en forensische zorg.

2.3 Setting

In de nieuwe bekostiging wordt onderscheid gemaakt naar 'setting' om de zorg in de ggz en fz van een tarief te voorzien dat past bij de manier waarop de zorg wordt geleverd. Onder setting verstaan we een onderscheidende combinatie van benodigde infrastructuur, disciplines en/of methodieken die worden ingezet voor het leveren van zorg aan een patiënt. De behandeling binnen een setting onderscheidt zich van behandeling in andere settings door de manier waarop de behandeling wordt gegeven, of door de organisatie van zorg waarbinnen deze behandeling wordt gegeven. Door in de bekostiging rekening te houden met de setting, kunnen wij corrigeren voor kostenverschillen die samenhangen met de manier waarop de zorg wordt geleverd. In totaal maakt de nieuwe bekostiging onderscheid tussen zeven settings, namelijk; Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie II, Ambulant – kwaliteitsstatuut sectie III, Outreachend, Klinisch (exclusief fz), Forensische zorg, niet-klinisch, Forensische en beveiligde zorg, klinisch en Hoogspecialistisch (ambulant en klinisch, met contractvoorwaarde).

2.4 Beroepen

Net als in de dbc-systematiek zal in het zorgprestatie-model een lijst worden gehanteerd met beroepen die declarabele tijd kunnen registreren. De lijst met 'erkende' beroepen in de ggz en fz die in het zorgprestatie-model declarabele minuten kunnen registreren wordt geüpdatet. De grote verandering voor de beroepen in de beroepentabel is dat een beroep voorheen deze tijd registreerde en de minuut van de diagnose voor elk beroep even zwaar meewoog (in het geheel aan tijd in de dbc). In het nieuwe model zijn beroepen hoofdzakelijk gecategoriseerd op basis van de wet BIG. Voor iedere BIG-categorie wordt een tarief vastgesteld Dit brengt een grote verandering met zich mee, want er ontstaat een tariefdifferentiatie tussen verschillende beroepen werkzaam in de ggz en fz.

2.5 Verblijf

Op hoofdlijnen bestaat het zorgprestatie-model uit consulten, verblijfsprestaties en enkele overige prestaties. Voor de verblijfszorg wordt de huidige systematiek waarin verblijf in de instelling per dag wordt geregistreerd behouden. Deze indeling voldoet in de praktijk, combineert goed met de structuur van het zorgprestatie-model en brengt geen verandering vergeleken met de dbc-systematiek met zich mee. De verblijfsdagen worden net als in de huidige systematiek onderverdeeld naar verzorgingsgraad (de gemiddelde VOV-inzet² op jaarbasis⁴), in de categorieën A tot en met H. De verblijfsprestaties worden daarnaast ingedeeld naar beveiligingsniveau. In het zorgprestatie-model wordt aanvullend de verblijfsprestatie 'Verblijf met extreme zorgzwaarte (met contractvoorwaarde)⁵ ontwikkeld voor verblijf in de gespecialiseerde ggz, omdat deze een afwijkend kostenbeslag laat zien. Dagbesteding en vaktherapie gaan onderdeel uitmaken van de verblijfsprestaties en mogen niet meer apart worden geregistreerd.

2.6 Zorgtrajectnummer

Om te voorkomen dat door de invoering van het zorgprestatie-model een trendbreuk optreedt in de informatie die nu voor partijen beschikbaar is,

⁴ Verzorgend, opvoedkundig en verplegend personeel.

⁵ Dit betekent dat hierover een schriftelijke afspraak moet zijn tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.

wordt er een zorgtrajectnummer geïntroduceerd. Dat is een unieke numerieke identificatie die het administratieve verband aangeeft tussen enerzijds de zorgvraag van een patiënt en anderzijds een verzameling declarabele prestaties, tussen een begin- en een einddatum. Het eerste gebruiksdoel is het toezien op de aanspraak op zorg die volgt uit de Zorgverzekeringswet. Gegeven de wettelijke taken van zorgverzekeraars moet het mogelijk zijn om in rekening gebrachte prestaties te relateren aan de aanspraak op zorg. Uit losse prestaties is dit verband onvoldoende (en niet zonder interpreteren door de zorgverzekeraar) af te leiden. Er zal dus een koppeling moeten worden gelegd tussen een specifieke zorgvraag enerzijds en een verzameling prestaties anderzijds, onafhankelijk van de vraag of er een contractrelatie is tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar. Het tweede gebruiksdoel is het volgen van afspraken. Onder het zorgprestatiemodel is er een onderscheid tussen bekostiging en vergoeding. Bekostiging is het door de NZa voorgeschreven systeem van prestaties en tarieven, dat bepaalt hoe een zorgaanbieder geleverde zorg moet declareren. Vergoeding gaat over hoeveel de zorgaanbieder uiteindelijk vergoed krijgt. Om de twee op elkaar aan te kunnen sluiten moet er een manier zijn om uit het grotere geheel een verzameling van prestaties af te bakenen waarvoor een bepaalde afspraak geldt. Het trajectnummer maakt dit mogelijk.

2.7 Termijnafgrenzing/declaratietermijn

In de oude structuur liep een db(b)c-traject maximaal 365 dagen door, alvorens deze werd afgesloten en ingediend. Het kon zijn dat er bepaalde redenen waren dan een db(b)c eerder werd afgesloten, maar anders duurde het 365 dagen voordat een aanbieder de db(b)c indiende en de verzekeraar de informatie omtrent de verleende zorg ontving. In het nieuwe model werken we met consulten welke in principe op zichzelf kunnen worden ingediend bij de zorgverzekeraar. Nu lijkt het realistisch (tot op heden nog niet afgesproken) dat er bepaalde termijnen worden afgesproken (bijvoorbeeld elke maand) dat een bundeling aan consulten bij de zorgverzekeraar wordt ingediend.

2.8 Toeslagen

Een aantal specifieke zorgvormen is in het zorgprestatiemodel beschreven in toeslagen. Deze toeslagen kunnen alleen voorkomen in combinatie met een consult of (specifieke) verblijfsdag. Voor zowel de forensische zorg als de gespecialiseerde ggz bestaat bijvoorbeeld de toeslag reistijd in combinatie met een consult. Een voorbeeld van een toeslag in combinatie met een verblijfsprestatie is de toeslag extreem vlucht- en beheersgevaarlijk (EVGB) voor de forensische zorg. Het vormgeven van de toeslagen is nog in ontwikkeling, maar het zorgprestatiemodel zal meer toeslagen gaan bevatten dan de huidige dbc-systematiek.

3. Risico's op fouten en fraude in het zorgprestatie­model

In dit hoofdstuk beschrijven wij per thema de mogelijke nieuwe risico's op fouten en fraude die wij momenteel zien in de huidige opzet van het zorgprestatie­model. Tevens wordt - voor zover mogelijk in dit stadium - een inschatting gemaakt van de omvang en significantie van de gesignaleerde risico's. Daarnaast biedt het hoofdstuk inzicht in de (on)mogelijkheden om deze risico's te beheersen. Dit worden ook wel beheersmaatregelen genoemd. Wij zien - naast de systeem/software-inrichting bij zorgaanbieders- globaal twee soorten categorieën beheersmaatregelen:

- Beheersmaatregelen bij binnenkomst van declaratie
- Beheersmaatregelen bij afronding van zorgtraject

De voorkeur gaat altijd uit naar controleren bij binnenkomst van de declaratie, omdat achteraf controleren minder goed werkbaar is voor zowel zorgverzekeraar als zorgaanbieder. Mocht echter naar voren komen dat bepaalde zaken achteraf niet goed zijn verlopen, dan ligt hier de voorkeur om dit mee te nemen in gespreken richting de toekomst en niet achteraf te corrigeren.

3.1 Consult

Zoals aangegeven in hoofdstuk twee zijn de grootste wijzigingen ten aanzien van de oude structuur binnen consulten te relateren aan het loslaten van tijdsregistratie en het niet meer apart vergoeden van indirecte tijd. Doordat het thema indirecte tijd apart wordt besproken focussen wij ons hier op de risico's van de ontbrekende tijdsregistratie en gaan we ook kort in op de risico's van verschillende soorten consulten.

- Tijdsgrenzen – sturen op zorg binnen bepaalde grenzen

In de dbc-structuur waren door het sturen op tijdsgrenzen veel zogeheten zaagtanden zichtbaar. Doordat er in tijdsregistratie met staffels werd gewerkt, was het zeer gunstig zorg te leveren wat net over de grens van de volgende staffel valt. In de nieuwe structuur lijkt deze problematiek minder te worden. Op het moment dat er zorg wordt geleverd binnen de nieuwe structuur is er ook sprake van bepaalde grenzen, maar deze grenzen liggen in het overgrote gedeelte erg dicht bij het gemiddelde waar het tarief op is gebaseerd. Ter illustratie het consult vanaf 15 minuten is gebaseerd op het gemiddelde van 18 minuten. Dit betekent dat er bij sturing op tijdsgrenzen maximaal 3 minuten 'tijdswinst' kan worden behaald.

Het risico dat er wordt gestuurd op tijdsgrenzen blijft bestaan, maar door de geringe 'tijdswinst' is dit risico aanzienlijk kleiner in het zorgprestatie­model dan in de dbc-systematiek. De prikkel om strategisch net over de tijdsgrens van het hogere consult te gaan is beperkt.

- Opknippen kort/lang

Dit risico sluit grotendeels aan bij het sturen op tijdsgrenzen. Ook hier spelen de grote staffels in de oude dbc-structuur een rol, waar in de nieuwe structuur deze grenzen erg dicht op het gemiddelde liggen. Echter, net zoals in de oude structuur, is het in de nieuwe structuur gunstiger om meerdere korte consulten te leveren dan één lang consult. Dit levert namelijk meer omzet op.

Het opknippen van de consulten is echter pas voordelig bij consulten die langer duren dan twee uur. Aangezien de lange consulten hoofdzakelijk van toepassing zijn op een kleine en specifieke patiëntengroep, is de kans dat het risico zich verwezenlijkt dan ook klein.

- Ruim inplannen consult

In de nieuwe structuur is de agenda een belangrijk middel om later aan te kunnen tonen waarom een bepaald consult is geleverd. De agenda is namelijk een middel om aan te tonen dat een consult op een bepaalde dag, bestaande uit een bepaalde hoeveelheid tijd, is geleverd. De tijdsregistratie wordt in de nieuwe structuur namelijk losgelaten, dus de besteedde tijd kan de aanbieder niet meer in de registratie aantonen. Op het moment dat een aanbieder op voorhand extra ruim zijn afspraken opneemt in zijn agenda, maar niet de daadwerkelijke tijd aan de patiënt besteedt, kan dit gunstig zijn voor de aanbieder.

Wanneer de planning in de agenda leidend gaat zijn voor declaratie, verwachten wij dat het risico op het ruim inplannen van afspraken door zorgaanbieders reëel en daarmee ook groot is. Als de tijdregistratie wordt losgelaten en de planning in de agenda leidend gaat zijn voor de declaratie, is het niet meer dan logisch dan dat zorgaanbieders eerder aan de hoge kant gaan zitten met plannen dan aan de lage kant.

- Niet aanpassen agenda

Dit risico heeft een relatie met het risico van ruim inplannen van consulten. Op het moment dat de agenda uitgangspunt is voor de registratie van bepaalde consulten, kan het zo zijn dat een aanbieder minder tijd besteedt dan op voorhand was ingepland. Een voorbeeld hiervan is dat de patiënt voortijdig het gesprek verlaat. Het is vervolgens aan de aanbieder om bij bepaalde afwijkingen de agenda en de latere registratie van het consult aan te passen. Het kan echter zo zijn dat aanbieders hier niet voor kiezen op het moment dat dit voordelig is voor de aanbieder.

Dit risico is aanwezig, maar wordt door ons niet als groot geschat. Volgens de regelgeving van het zorgprestatie-model hoeft de zorgaanbieder zijn agenda pas aan te passen op het moment dat er meer dan een half uur wordt afgeweken van de ingeplande consultduur. Bij een afwijking in duur korter dan een half uur, doet dit risico zich dus geheel niet voor.

- Soort consult komt niet overeen met geleverd consult

In de nieuwe structuur wordt er in tegenstelling tot de oude structuur niet op basis van diagnose een onderscheid in tarief vastgesteld, maar in onderscheid van consult, BIG-categorie (beroepen) en setting. In deze paragraaf gaan we in op het onderscheid naar consult. In de nieuwe structuur bestaan verschillende soorten consulten met verschillende tarieven zoals:

- Diagnostiekconsulten;
- Behandelconsulten;
- Intercollegiale consulten;
- Groepsconsulten.

Deze consulten hebben ofwel andere declaratievoorwaarden of andere veldnormen. Daarnaast hebben deze consulten andere tarieven, omdat er ander soort zorg wordt geleverd. Het risico is dan ook aanwezig dat er een ander 'duurder' consult in rekening wordt gebracht dan daadwerkelijk is geleverd. Voornamelijk het onderscheid tussen een diagnostiekconsult en behandelconsult verdient daarbij aandacht, omdat de onderscheidende criteria tussen deze consulttypes een minder zwart-wit karakter hebben.

De grootte van dit risico hangt af van de tarieven die worden bepaald en is op dit moment moeilijk in te schatten. Hoe groter het verschil in tarief is, des te groter is het risico dat er een 'duurder' consult wordt gedeclareerd dan er daadwerkelijk is geleverd.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

De beheersmaatregelen (maatregelen om risico's te beperken of zelfs te voorkomen) om voorgenoemde risico's te mitigeren zitten in de nieuwe systematiek op verschillende momenten en plekken. Om te beginnen zal de regelgeving door de NZa scherp worden geformuleerd. Er moet voldoende duidelijkheid zijn wanneer welk consult mag worden gedeclareerd. Definities en voorwaarden dienen glashelder te zijn en er moet duidelijk vaststaan dat de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk geleverd moet zijn. De agenda met planning gaat leidend worden, dus aan deze administratie van zorgaanbieders moeten duidelijke eisen worden gesteld. Enerzijds in de NZa regelgeving en mogelijk verder uitgewerkt in veldnormen. Het is het overwegen waard om de agenda onderdeel te laten zijn van het medisch dossier. Op deze wijze wordt voorkomen dat de agenda 'kwijt' raakt en er geen controlemogelijkheid meer is.

Daarnaast worden de risico's gemitigeerd door controles bij binnenkomst van de declaratie bij de zorgverzekeraar. Hierbij is het van groot belang dat bepaalde zaken sector breed in de vorm van bijvoorbeeld een veldafpraak worden afgesproken. Een voorbeeld hiervan kan zijn een koppeling tussen het kwaliteitsstatuut en bepaalde declaraties. Ook kan een zorgverzekeraar al bepaalde zaken controleren bij binnenkomst van een individuele declaratie door bijvoorbeeld een check uit te voeren op de AGB-code van de aanbieder.

Naast bovenstaand controles bij binnenkomst declaratie, zal de zorgverzekeraar ook achteraf controles uitvoeren die zich vooral focussen op het zorgtraject of een declaratietermijn. Hierbij kan de zorgverzekeraar data-analyses uitvoeren om eventuele patronen te zien bij aanbieders.

Tevens gaan signalen van patiënten richting zorgverzekeraar (en NZa) een grotere rol spelen en aanleiding zijn voor controles. Hierbij speelt de communicatie richting patiënt over het gedeclareerd consult en de agenda en het behandeldossier bij de zorgaanbieder een belangrijke rol. De verzekeraar zou er ook nog voor kunnen kiezen de agenda bij de aanbieder op te vragen. Voor het opvragen van de agenda moet er wel sector breed zijn afgesproken dat de agenda leidend is en dat de er een harde koppeling moet zijn tussen agenda en declaratie.

Het risico dat zorgaanbieders afspraken ruim inplannen maar niet volledig besteden aan de patiënt, is een risico wat nadere aandacht behoeft. Er zijn een aantal instrumenten om dit risico te mitigeren. Zo zorgt de verbeterde datapositie ervoor dat verzekeraars en overheid dit risico grotendeels kunnen monitoren zodat indien nodig tijdig actie kan worden ondernomen. Hoewel wij ons realiseren dat dit een risico is wat vanzelfsprekend komt kijken bij de keuze in het model voor 'planning is realisatie', wordt de komende periode wel nagedacht of de genoemde beheersmaatregelen het risico in voldoende mate mitigeren en zo niet, welke aanvullende maatregelen er moeten worden genomen.

3.2 Indirecte tijd

Een van de grootste wijzigingen ten aanzien van de oude structuur is het niet meer apart registreren of declareren van indirect patiëntgebonden

tijd. Deze tijd wordt in de nieuwe structuur opgeslagen op de directe tijd. Deze vorm van normering brengt een risico met zich mee.

- Indirecte tijd wordt geregistreerd als directe tijd

Het voornaamste risico in het niet meer registreren van indirecte tijd, maar dit als norm op te slaan op de directe tijd, is verkeerde registratie. Hierbij wordt de indirecte tijd als directe tijd meegenomen in de registratie en op deze manier ontstaat dubbele bekostiging. Een zorgverlener zou tijdens het directe patiëntcontact een deel van de indirecte werkzaamheden kunnen uitvoeren en op deze manier zijn omzet vergroten. Onze inschatting is dat het onterecht registreren van indirecte tijd als directe tijd, een aanzienlijk risico is.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

Op dit moment is er te weinig zicht om te concluderen dat dit risico volledig te beheersen is. In de huidige regelgeving is het voor zorgverzekeraars en de NZa door middel van data-analyse mogelijk om opvallende patronen te zien in declaratiedata. Bijvoorbeeld organisaties die in verhouding heel veel indirecte tijd ten opzichte van totale tijd declareren. In de nieuwe regelgeving is dit op deze wijze niet meer mogelijk. Tevens zijn we de patiënt als 'controleur' kwijt, omdat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen direct en indirecte tijd.

De NZa formuleert dit punt daarom scherp in de regelgeving, waarbij 'consulttijd' een duidelijke definitie krijgt. Het moet voor zorgaanbieders duidelijk zijn dat het niet de bedoeling is dat indirecte tijd wordt meegenomen in de consulttijd.

De beheersmaatregelen die we wel zien om de registratie van indirecte tijd te voorkomen - dan wel te verminderen-, zitten opnieuw in achteraf controles op trajecten welke zijn ingediend. Ook hier zorgt de verbeterde datapositie van verzekeraars en overheid ervoor dat het risico gemonitord kan worden en indien nodig tijdig actie kan worden ondernomen. De NZa zal in de komende periode kijken of de genoemde beheersmaatregelen dit risico in voldoende mate mitigeren en zo niet, welke aanvullende maatregelen er genomen moeten worden. Hierbij kan gedacht worden aan andere parameters (bijvoorbeeld agenda en aantal fte's in organisatie) om zicht op eventueel verwezenlijking van dit risico te krijgen. Dit ligt vooral bij zorgverzekeraars en de NZa, waarbij in de data bijvoorbeeld patronen zichtbaar worden waarbij er te veel directe tijd op één dag voor de aanbieder als totaal is geregistreerd.

3.3 Setting

In het Zorgprestatie-model wordt het onderscheid naar setting geïntroduceerd, waardoor kostenverschillen die samenhangen met de manier waarop de zorg wordt geleverd, worden gecorrigeerd. Het onderscheid in settings brengt enkele risico's op fouten en fraude met zich mee.

- Upcoding – Onterecht declareren van een setting

Differentiatie naar setting draagt eraan bij dat iedere zorgaanbieder een reëel tarief kan declareren voor de zorg. Het is echter denkbaar dat er niet wordt voldaan aan de voorwaarden van de setting. Zo is denkbaar dat er voor personeel dat in meerdere settings werkzaam is, de setting niet wordt aangepast naar de individuele patiënt. Dit betekent een risico dat de setting niet wordt aangepast aan de zorgvraag van de patiënt en er onjuist wordt gedeclareerd.

Ook bestaat het risico dat er misbruik wordt gemaakt van de differentiatie naar setting, bijvoorbeeld in de vorm van upcoding. In geval van upcoding kan er ten onrechte een duurdere setting worden

gedeclareerd. Voor de setting outreachend, klinisch of hoog specialistische setting is immers een ander tarief van toepassing dan voor een ambulante setting. Het opzettelijk ten onrechte declareren van een duurdere setting kan financieel interessant zijn en is een risico. Upcoding an sich betekent echter niet meteen fraude. Onvoldoende duidelijkheid in de criteria van verschillende settings kan leiden tot onbedoelde fouten.

In de praktijk verwachten we echter dat dit risico minimaal is. Op veel van de zorgaanbieders zal slecht één setting van toepassing zijn (bijvoorbeeld vrijgevestigd ambulant). De situatie dat een behandelaar werkzaamheden verricht in meerdere settings, zal niet vaak voorkomen. Bovendien verwachten wij dat op het gebied van settings veel wordt ondervangen in het proces van contractering door afspraken te maken over het declareren in bepaalde settings. Het risico zit hem naar ons idee dus bij de instellingen die niet gecontracteerd werken. Aangezien 98 procent van de instellingen gecontracteerd werkt, zit de kans op verwezenlijking van dit risico dus slechts bij 2 procent van de instellingen (niet-gecontracteerd).

- Dubbel declareren setting

Naast upcoding bestaat er ook een risico dat er sprake is van het dubbel declareren van een setting. Hierbij valt te denken aan het (al dan niet opzettelijk) gelijktijdig declareren van zowel de ambulante als klinische setting. Ook dit risico wordt door ons klein geschat, aangezien een foutieve (dubbele) declaratie van setting relatief makkelijk te herkennen zal zijn en misbruik op die wijze niet realistisch is. Als dit risico zich zal verwezenlijken, dan ligt daar waarschijnlijk een (technische) fout aan ten grondslag.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

Voor wat betreft de mogelijkheden op fouten, is het risico deels te beheersen door goede en duidelijke informatievoorziening in het zorgprestatieproces. Definities van de settings worden helder geformuleerd door de NZa waardoor ze eenduidig te interpreteren zijn voor zorgaanbieders, wat de kans op het onbewust maken van fouten minimaliseert.

De risico's op het opzettelijk onjuist declareren, bijvoorbeeld in de vorm van een duurdere setting of het dubbel declareren van settings, zijn moeilijk om met preventieve maatregelen te ondervangen, maar niet onmogelijk. De risico's worden namelijk grotendeels beheerst door de snellere informatievoorziening richting zorgverzekeraars en patiënten. De hoeveelheid informatie die zorgverzekeraars ontvangen wordt vergroot in het zorgprestatieproces ten opzichte van het dbc-systematiek en komt bovendien sneller beschikbaar. De zorgverzekeraar en patiënt krijgen in het zorgprestatieproces informatie over de setting die gedeclareerd is. Deze snelle en uitgebreide informatievoorziening over onder andere de setting, zorgt voor betere controlemogelijkheden bij patiënt, zorgverzekeraar en de NZa. Onterechte declaraties als gevolg van fout of opzet, zijn op deze wijze heel zichtbaar. Voor wat betreft het dubbel declareren van een setting, kunnen zorgverzekeraars en de NZa controleren of dit vaker voorkomt.

Hierbij moet de informatie wel volledig en betrouwbaar zijn en daar schort het dusver regelmatig aan. Het belang van goede en volledige aanlevering is groot. Zorgaanbieders moeten bewust gemaakt worden van de verantwoordelijkheid en de gevolgen van foutieve aanlevering. Hierbij kunnen heldere controles aan de poort een rol spelen. Door deze zo goed mogelijk met elkaar af te stemmen kunnen bij indiening bepaalde 'fouten' worden afgevangen. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht

worden aan de inrichting bij zorgaanbieders, door uitsluitend de settings in het systeem in te richten waar de zorgaanbieder werkzaam in is.

3.4 Beroepen

Zoals in hoofdstuk twee beschreven, worden in de nieuwe structuur beroepen op een andere manier bekostigd. De beroepen worden namelijk ingedeeld naar BIG-categorie en er worden per BIG-categorie tarieven vastgesteld. Het differentiëren van het tarief op basis van BIG-categorieën brengt een risico met zich mee waar we kort bij stil zullen staan.

- Onterecht declareren van een 'duurder' beroep

Door de differentiatie van beroepen is het mogelijk dat beroepen onder een ander consult worden gedeclareerd dan het beroep dat het daadwerkelijk heeft uitgevoerd. Dit kan voordelig zijn voor de aanbieder. Bijvoorbeeld wanneer een GZ-psycholoog een tarief van een psychiater (art 14 medische beroepen) declareert.

Dit risico is echter minimaal. De meeste zorgaanbieders werken digitaal, waarbij behandelaren in de administratie staan opgenomen met zijn of haar beroep. Ook zal er een sterke mate van automatisering aanwezig zijn, waarbij een link tussen behandelaar, agenda en declaratie relatief makkelijk gemaakt is.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

De beheersmaatregelen voor wat betreft het declareren van een onjuiste beroepsregistratie is grotendeels af te vangen door met duidelijke identificatienummers te werken bij de declaratie en dit goed in te richten in de software. Hierbij geeft de behandelaar bijvoorbeeld via een nummer (AGB-code mogelijk gelinkt aan een BIG-registratienummer) aan of hij het beroep dat hij opgeeft in de declaratie ook daadwerkelijk mag uitoefenen. Hierbij is wel van belang dat de AGB-code van de behandelaar wordt gebruikt en dat niet uitsluitend op de AGB-code van de zorginstelling wordt gedeclareerd.

3.5 Verblijf

Het zorgprestatie-model bestaat uit consulten, verblijfsprestaties en enkele overige prestaties. Nieuw is dat er naast de verblijfsprestatie alleen nog consulten (diagnostiek of behandeling en groepsconsulten) kunnen worden geregistreerd en dat dagbesteding en vaktherapie niet meer apart mogen worden geregistreerd. Met name het laatst genoemde brengt een verandering in risico met zich mee.

- Vaktherapie of dagbesteding als losstaand consult

Dagbesteding en vaktherapie maken onderdeel uit van de verblijfsprestaties en mogen niet apart worden geregistreerd tijdens een opname. Het kan voorkomen dat zorgaanbieders dit wel blijven doen, omdat ze dat gewend zijn vanuit de dbc-systematiek. Doelbewust zou het kunnen voorkomen dat toch geprobeerd wordt vaktherapie of dagbesteding als losstaand consult in rekening te brengen, omdat men niet uitkomt met het tarief voor de verblijfsprestatie of vindt dat dit niet toereikend is.

We verwachten dat dit een reëel risico is in de periode vlak na de implementatie van het zorgprestatie-model. Het is denkbaar dat zorgaanbieder per abuis de fout ingaan door de macht der gewoonte. Voor wat betreft het doelbewust onterecht declareren is het risico aanwezig, maar schatten wij dit risico in als minimaal. Kwaadwillenden

zullen het altijd proberen, maar door de zichtbaarheid van foutieve declaraties is de kans op ontdekking door de zorgverzekeraar zeer groot.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

De beheersmaatregelen om de registratie van vaktherapie of dagbesteding als losstaand consult te voorkomen zitten - naast duidelijke definities en regelgeving door de NZa-, in de inrichting van softwaresystemen bij zorgaanbieder, controle bij indiening declaratie en achterafcontrole. Door het inregelen van validatieregels bij zorgaanbieders, kan de kans op onterecht declareren grotendeels worden voorkomen. Bijvoorbeeld het inrichten van een aparte code voor een integrale verblijfsdag en op de dagen dat die code is vastgelegd het registreren van consulten blokkeren. Daarnaast kan bij binnenkomst van de declaratie door zorgverzekeraars worden gekeken of er op de verblijfsdag zelf, naast de verblijfsdag nog losstaande trajecten zijn ingediend voor dezelfde patiënt. Dit zou direct tot vragen kunnen leiden bij de zorgverzekeraar, op het moment dat dit in bepaalde hoeveelheden wordt ingediend. De achteraf controles richten zich vooral op de totale controle van het traject waarbij het zorgtrajectnummer een rol speelt. Dit ligt vooral bij zorgverzekeraars en NZa waarbij in de data bijvoorbeeld patronen zichtbaar zijn waarbij er naast een verblijfsprestatie op één dag ook vaktherapie of dagbesteding is geregistreerd.

3.6 Zorgtrajectnummer

De introductie van het zorgtrajectnummer om een administratief verband te leggen tussen de zorgvraag en de declarabele prestaties, is een grote verandering ten opzichte van de dbc-systematiek. Wij lichten de risico's op fouten en fraude in deze nieuwe wijze van het administreren van zorgvraag en declaraties kort toe.

- Onjuiste registratie van zorgtrajectnummer

Het is denkbaar dat er voor één zorgvraag/cliënt, per abuis dubbele zorgtrajectnummers worden aangemaakt. Deze fout kan worden gemaakt bij en door één en dezelfde zorgaanbieder. Het is tevens denkbaar dat een andere instelling een deel van de zorg uitvoert als onderdeel van een zorgtraject, maar een eigen nummer heeft waardoor het geheel niet herkenbaar is als een traject. Voorgenoemde risico's op fouten hebben als gevolg dat de verbinding tussen de zorgvraag van de patiënt en de verzameling aan declarabele prestaties niet kan worden gelegd. Tevens is denkbaar dat voorgaande een risico op frauduleus handelen kan opleveren. Immers is door het ontbreken van verbinding tussen zorgvraag en declarabele prestaties er een gebrek aan overzicht. Een gebrek aan overzicht kan de kans vergroten dat misbruik, bijvoorbeeld het declareren van meer prestaties dan daadwerkelijk geleverd, onzichtbaar blijft en op die wijze aantrekkelijker wordt.

Dit zien wij als een klein risico, aangezien verwezenlijking van het risico geen onrechtmatige declaraties of een te grote hoeveelheid aan consulten zal opleveren. Het risico kan wel relevant zijn op het gebied van contractafspraken (mogelijk overschrijden door declaratie op meerdere trajectnummers) en zicht op gepast gebruik.

- Onjuiste (primaire) diagnose bij zorgtrajectnummer

De introductie van het zorgtrajectnummer kan de administratieve lasten verlagen doordat de eigenschappen van een set van prestaties die horen bij één zorgvraag maar één keer (bij het trajectnummer) hoeven te worden vastgelegd. Keerzijde is echter dat er veel afhangt van die eenmalige correcte vastlegging van de eigenschappen. Het risico bestaat

dat bij de eenmalige vastlegging de (primaire) diagnose binnen het zorgtraject niet goed wordt geregistreerd. Aangezien er slechts eenmalig wordt geregistreerd bij één zorgvraag, wordt de eenmalige onjuiste registratie vervolgens lang in stand gehouden.

Het risico dat een onjuiste diagnose wordt gesteld is aanwezig, maar de introductie van het zorgtrajectnummer veroorzaakt niet de (lange) instandhouding van een onjuiste diagnose. Wij zien de introductie dan ook als een klein risico en momenteel niet relevant. Zodra de zorgvraagtypering nader is uitgewerkt, wordt dit onderwerp opnieuw bekeken.

- Ontbreken van regiebehandelaar in zorgtraject

Binnen het zorgtraject zal een regiebehandelaar betrokken moeten zijn bij de behandeling. In principe zorgt het zorgtrajectnummer ervoor dat de verbinding wordt gelegd tussen de verschillende consulten en de zorgvraag van de patiënt. Met het declareren van losse consulten is echter minder duidelijk vast te stellen of een regiebehandelaar in het diagnostiek- of behandelconsult betrokken is geweest. Immers hoeft een regiebehandelaar niet betrokken te zijn geweest bij elk consult wat wordt gedeclareerd. Het risico ontstaat dat er door gebrek aan overzicht van het geheel, er geen regiebehandelaar betrokken is geweest in het totale zorgtraject. Dit lijkt echter een klein risico te zijn, aangezien op elke declaratie de regiebehandelaar vermeldt dient te staan.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

Bovenstaande risico's zijn moeilijk vooraf te ondervangen. De NZa zal bepalingen in ieder geval helder en eenduidig formuleren om te waarborgen dat zorgaanbieders het belang inzien van het correct gebruik van het zorgtrajectnummer en registratie van eigenschappen. Tevens moet worden afgedwongen dat iedere zorgaanbieder daadwerkelijk gaat werken met het zorgtrajectnummer en zullen de gebruikswijze en voorwaarden van het zorgtrajectnummer voor iedereen helder moeten zijn. Met andere woorden; de NZa gaat in de regelgeving strenge eisen stellen aan het gebruik van het zorgtrajectnummer.

Voor wat betreft een zorgtraject, waar meerdere zorgaanbieders zorg verlenen en waar mogelijk verschillende trajectnummers in gebruikt worden, zal moeten worden nagedacht of dit wenselijk is.

Tevens kan de inrichting van softwaresystemen bij de zorgaanbieder een rol spelen. Daarbij valt te denken aan het inrichten van validatieregels in de software, zoals verplichte velden voor het zorgtrajectnummer.

Het trajectnummer is niet geïntroduceerd als controlemiddel op het correct registreren en declareren van zorgprestaties. Echter maakt het wel mogelijk dat zorgverzekeraars de in rekening gebrachte prestaties kunnen relateren aan aanspraak op zorg. In de beheersing van bovenstaande risico's zal op het gebied van controle en beheersing veel afhangen van de wijze waarop zorgaanbieders en zorgverzekeraars bijzonderheden en afwijkingen in de bundel van individuele (losse) declaraties die onder een zorgtraject vallen, adequaat kunnen signaleren en beoordelen. Het borgen van adequate controlemogelijkheden in systemen en/of werkwijze, zal hoogstwaarschijnlijk een aanpassing behoeven maar de kans op fouten/fraude deels beheersen.

3.7 Termijngrenzing/declaratietermijn

In het nieuwe model wordt gewerkt met consulten, welke op zichzelf kunnen worden ingediend bij de zorgverzekeraar in plaats van de dbc-

trajecten. Het opknippen van een traject (consulten of bundeling van consulten) in plaats van het indienen van een geheel traject (een initiële- of vervolgd-DBC) brengt een risico met zich mee.

- Uitbetaling voor inzicht in totaal

Doordat in het nieuwe model delen van een traject worden ingediend, kan een zorgverzekeraar niet met alle zekerheid zeggen of er sprake is van gepast gebruik. Ook is het niet altijd mogelijk te voldoen aan alle gestelde voorwaarden vanuit het kwaliteitsstatuut. Dit risico is aanwezig, maar zien wij niet als significant nieuw probleem.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

Hier zal de introductie van het zorgtrajectnummer uitkomst bieden. Het zorgtrajectnummer geeft de zorgverzekeraar de informatie om bepaalde consulten aan elkaar te koppelen en een traject als geheel te zien. Hierdoor kan er sneller inzicht worden gegeven en kan de vergoeding voor de geleverde zorg sneller worden uitgekeerd.

3.8 Toeslagen

Zoals beschreven in hoofdstuk twee, worden in het zorgprestatie-model meerdere toeslagen geïntroduceerd, waarbij de vormgeving momenteel in ontwikkeling is. Hoewel de toename in toeslagen niet direct een verandering in het soort risico met zich meebrengt, houdt de vergroting van het aantal toe te passen toeslagen in dat het risico op foutief of frauduleus handelen wordt vergroot.

- Upcoding – Onterecht declareren van een toeslag

De introductie van meerdere toeslagen is nieuw en brengt nieuwe gevoeligheden op fouten en fraude met zich mee. Het risico bestaat dat een zorgaanbieder een toeslag declareert zonder dat er wordt voldaan aan de voorwaarden die voor deze toeslag gelden. Zo is denkbaar dat de toeslag reistijd wordt geschreven en gedeclareerd door een zorgaanbieder, terwijl er in werkelijkheid minder of zelfs geen reistijd is geleverd. In vergelijking met de DBC-systematiek zien we dat de toename van het aantal toeslagen dit risico op upcoding vergroot met de invoering van het zorgprestatie-model.

Desondanks vermoeden we dat het risico op upcoding minimaal is gezien de zichtbaarheid van de declaratie voor de patiënt. Het betreft immers een declaratie voor iets waar de patiënt zelf niet bij aanwezig was. De toeslagen betreffen de enige indirecte tijd die een zorgaanbieder kan declareren.

Beheersmaatregelen ter voorkoming en bestrijding risico's

Preventief lijkt het risico op upcoding bij toeslagen lastig te ondervangen, maar niet onmogelijk. De NZa zal zorgen voor duidelijke omschrijvingen en voorwaarden bij de toeslagen in de regelgeving. Dit is samen met het goed inregelen aan de poort, een belangrijk onderdeel van de beheersing van dit risico. Daarnaast is het risico grotendeels, net zoals bij settingen, beheerst door de snellere informatievoorziening richting zorgverzekeraars en patiënten. Snellere informatievoorziening zorgt voor betere controle mogelijkheden bij patiënt, zorgverzekeraar en de NZa. De signalen van patiënten kunnen dan ook een belangrijke rol spelen in deze informatievoorziening.

4. Samenvatting en aanbevelingen

4.1 Samenvatting

In deze rapportage is op basis van de tot op heden beschreven hoofdlijnen van het zorgprestatie­model, getoetst of het nieuwe bekostigings­model voldoet aan de normen voor handhaafbaarheid en of het model fraudebestendig is. Wij zien dat het zorgprestatie­model ten opzichte van de dbc-systematiek een aantal wijzigingen gaat inhouden op gebied van consult, beroepen, verblijf, setting, indirecte tijd, zorgtrajectnummer, termijnafgrenzing/declaratietermijn en toeslagen. Wijzigingen waar nieuwe risico's op fouten en fraude uit voortkomen. De mogelijke, nieuwe risico's op fouten en fraude zijn gezamenlijk met potentiële beheersmaatregelen, in kaart gebracht.

- De grootste wijzigingen binnen consulten zijn te relateren aan het loslaten van tijdsregistratie en het niet meer apart vergoeden van indirecte tijd. Het sturen op zorg binnen tijdsgrenzen, het opknippen van consulten, het ruim inplannen van consulten, niet aanpassen van agenda, discrepantie tussen consult wat is geleverd en gedeclareerd. Met name het ruim inplannen van consulten zien wij als een aanzienlijk nieuw risico, hoewel dit risico vanzelfsprekend voortkomt uit de keuze voor 'planning is realisatie'. Ter voorkoming of vermindering van de risico's formuleert de NZa de regelgeving scherp, ligt de nadruk ook op het stellen van scherpe eisen aan administratie en agenda van zorgaanbieder en zorgt de verbeterde informatiepositie van verzekeraars en overheid voor mogelijkheden om te monitoren. Daarnaast spelen checks bij binnenkomst van de declaratie bij de zorgverzekeraar een rol, waarbij het van groot belang is dat bepaalde zaken sector breed in de vorm van bijvoorbeeld een veldafpraak worden afgesproken. Daarnaast zal de zorgverzekeraar controles uitvoeren die zich vooral focussen op het zorgtraject of een declaratietermijn. Hierbij kan de zorgverzekeraar data-analyses uitvoeren om eventuele patronen te zien bij aanbieders. Tevens gaan signalen vanuit patiënten een grotere rol spelen en de basis vormen van controles bij zorgverzekeraars en de NZa. De agenda en het behandeldossier bij de zorgaanbieders zouden hier een belangrijke rol in kunnen gaan spelen.
- Het niet meer apart registreren of declareren van indirect patiëntgebonden tijd is een grote verandering. Het voornaamste nieuwe risico wat hierbij komt kijken is verkeerde registratie, waarbij de indirecte tijd als directe tijd meegenomen in de registratie en er dubbele bekostiging ontstaat. Dit is een groot risico, waarbij er momenteel nog onvoldoende zicht is om te concluderen dat het risico volledig te beheersen is. De beheersmaatregelen die we momenteel wel zien hebben hoofdzakelijk betrekking op de achteraf controles op trajecten welke zijn ingediend. De verbeterde informatiepositie van zorgverzekeraars en overheid zorgt ervoor dat het risico gemonitord kan worden. De NZa zal in de komende periode kijken of de genoemde beheersmaatregelen dit risico in voldoende mate mitigeren en zo niet, welke aanvullende maatregelen er genomen moeten worden. Hierbij kan gedacht worden aan nieuwe manieren om data te analyseren met nieuwe parameters (zoals fte's en agenda). Bij zorgverzekeraars kunnen

bijvoorbeeld patronen in de data zichtbaar zijn, waaruit blijkt dat er te veel directe tijd op één dag voor de aanbieder als totaal is geregistreerd.

- Doordat in het zorgprestatie-model het onderscheid naar setting is geïntroduceerd, kunnen kostenverschillen - die samenhangen met de manier waarop de zorg wordt geleverd - worden gecorrigeerd. Nieuwe risico's zijn het onterecht declareren van een setting (waaronder upcoding) en het dubbel declareren van een setting. Deze risico's schatten wij klein in, aangezien zorgaanbieders vaak in slechts één setting werkzaam zijn en in de contractering veel op dit punt kan worden ondervangen. De risico's die er zijn, zijn te beheersen door duidelijke informatievoorziening en het gebruik van eenduidig interpreteerbare definities van settings. Dit minimaliseert de kans op fouten. Ook kan met een software inrichting bij de zorgaanbieder, de risico's mitigeren. Het opzettelijk declareren van een onterechte setting is lastiger preventief te ondervangen, maar de uitgebreidere en snellere informatievoorziening richting zorgverzekeraar en patiënt, zorgt voor betere controle-mogelijkheden bij zowel indiening declaratie als achteraf.
- In het nieuwe model zijn bepaalde beroepen gebundeld met een eigen consult, wat een tariefdifferentiatie tussen verschillende beroepen binnen dezelfde diagnose met zich meebrengt. We signaleren naar aanleiding van deze wijziging het nieuwe risico dat er onterecht een 'duurder' beroep wordt gedeclareerd. Desondanks vermoeden wij dat dit risico in de praktijk weinig voorkomt, gezien de digitale werkwijze van de meeste zorgaanbieders met de automatische declaratie van de juiste beroepen als gevolg. Verkeerde beroepsregistratie is daarnaast te ondervangen door het gebruik van duidelijke identificatienummers bij declaratie, bijvoorbeeld AGB-codes welke te linken zijn aan BIG-registratienummers.
- Op het gebied van verblijf zijn de grootste veranderingen dat er naast de verblijfsprestatie alleen nog consulten (diagnostiek of behandeling) kunnen worden geregistreerd en dat dagbesteding en vaktherapie niet meer apart mogen worden geregistreerd. Daarbij is het declareren van vaktherapie of dagbesteding als losstaand consult (per abuis of doelbewust), een nieuw risico. Het geheel voorkomen van dit risico is lastig, maar beheersing zit hem - naast duidelijke definities in de regelgeving van de NZa - op zowel bij de inrichting bij de zorgaanbieders (validatieregels) als controles bij indienen declaratie en controles achteraf bij zorgverzekeraars. Bij binnenkomst van de declaratie wordt gekeken of er op de verblijfsdag zelf naast de verblijfsdag nog losstaande trajecten zijn ingediend voor dezelfde patiënt. De achteraf controles richten zich vooral op de totale controle van het traject waarbij het zorgtrajectnummer een rol speelt (signaleren patronen in data).
- Het zorgtrajectnummer wordt geïntroduceerd om het administratieve verband aan te geven tussen de zorgvraag van een patiënt en een verzameling declarabele prestaties. Nieuwe risico's zijn de onjuiste registratie van het zorgtrajectnummer, de onjuiste (primaire) diagnose bij een zorgtrajectnummer en het ontbreken van een regiebehandelaar in een zorgtraject. Deze risico's zijn klein en grotendeels te ondervangen. Naast het stellen van strenge eisen aan het gebruik van het zorgtrajectnummer in de regelgeving door de NZa, moet er in

ieder geval gedacht worden aan de inrichting (validatieregels) bij zorgaanbieders. Voor wat betreft controle en beheersing aan de kant van zorgverzekeraars hangt er veel af van het adequaat signaleren en beoordelen van een bundel van individuele declaraties die onder een zorgtraject vallen.

- In het zorgprestatie-model brengt het opknippen van een traject (consulten of bundeling van consulten) in plaats van het indienen van een geheel traject (een initiële- of vervolgd-DBC) bepaalde risico's met zich mee. Nieuwe termijnafgrenzingen en declaratietermijnen, hoewel nog in ontwikkeling, zorgen voor een nieuw risico. Zo zal een zorgverzekeraar overgaan tot uitbetaling, voordat er zicht is op het totaalplaatje en of er sprake is van gepast gebruik. Dit risico is aanwezig, maar brengt geen significant nieuw probleem met zich mee. Bovendien moet het grotendeels te beheersen zijn door de introductie en correct gebruik van het zorgtrajectnummer.
- Het zorgprestatie-model zal meer toeslagen gaan bevatten dan nu van toepassing in de DBC-systematiek. De vergroting van het aantal toe te passen toeslagen in dat het risico op foutief of frauduleus handelen wordt vergroot. Hierdoor ontstaat een groter risico op het onterecht declareren van een toeslag (waaronder upcoding). Aangezien het onterecht declareren van een toeslag heel zichtbaar is voor de patiënt, zien we dit niet als een groot risico. Definities en voorwaarden van de toeslagen worden duidelijk in de regelgeving opgenomen door de NZa om het risico op fouten te mitigeren. Tevens worden de risico's grotendeels beheerst door de snellere informatievoorziening naar zorgverzekeraar en patiënt, wat een rol speelt bij betere controles achteraf.

4.2 Aanbevelingen

Door de transitie van DBC-systematiek naar zorgprestatie-model denken wij dat mogelijke risico's op fraude eerder zijn ondervangen, dan dat die in de hand worden gewerkt. Juist omdat in de transitie bedoeld is op eenvoud en transparantie, met herkenbare en controleerbare zorgprestaties voor patiënten en tarieven die aansluiten bij behandelaar en behandelsetting. Echter zijn er wel nieuwe risico's op fouten en fraude zichtbaar, die wij in beeld hebben gebracht.

Door het in beeld brengen van de risico's en de mogelijke beheersmaatregelen, hebben we in een vroeg stadium zicht op de mogelijke risico's en knelpunten die nog aanwezig zijn. De huidige inventarisatie laten we een rol spelen bij de verdere uitwerking van het model en regelgeving. Daar waar nodig en mogelijk zal de NZa toezien op een goede uitwerking en oplossing van knelpunten.

Naast het in acht nemen van genoemde risico's en beheersmaatregelen, willen wij extra aandacht vragen voor een aantal onderwerpen. Onderwerpen die met de transitie van de DBC-systematiek naar het zorgprestatie-model van groter belang worden.

- Aandacht in de nadere uitwerking van het model voor het helder en duidelijk formuleren van regelgeving. Eenduidig, duidelijk en zo weinig mogelijk ruimte voor interpretatieverschillen. Hierdoor wordt de kans op fouten geminimaliseerd en de ruimte voor oneigenlijk gebruik zonder toe te passen consequenties, verkleind. Een voorbeeld is de omschrijving van de zeven verschillende settingen waarvoor is gekozen. De NZa zal dan ook

bij het opstellen van de regels zorgen voor heldere en duidelijke formulering.

- Extra aandacht voor de waarborging van betrouwbare, volledige en tijdige aanlevering van data door zorgaanbieders ten behoeve van de controlemogelijkheden bij patiënt, zorgverzekeraars en NZa. Zoals veelvuldig genoemd in dit memo, is achteraf controle (naast de controle bij indienen declaratie) bij veel risico's een beheersmaatregel. De mogelijkheid om te controleren valt of staat bij een correcte aanlevering van data door de zorgaanbieders. Dit is in principe goed mogelijk door bijvoorbeeld te denken aan een goede inregeling en controle bij de zorgaanbieder op gebied van software en concrete afspraken met de zorgverzekeraar.
- Samenhangend met voorgaande, verdienen de controlemogelijkheden bij zorgverzekeraars (en NZa) ook extra aandacht. Deze controlemogelijkheden zijn in principe goed vorm te geven, maar zal in de komende periode nog verder moet worden uitgewerkt. Er moet nagedacht worden of de zorgverzekeraar afwijkingen in een bundel van individuele declaraties die onder een zorgtraject vallen, adequaat te kunnen signalen en beoordelen. Daarnaast wordt de komende periode nagedacht over nieuwe parameters in de data-analyses, om bijvoorbeeld controlemogelijkheden op het gebied van directe/indirecte tijd te creëren.
- De rol van de patiënt als 'controleur', naast de controlerende verzekeraar, wordt groter wanneer het zorgprestatie-model wordt geïmplementeerd. Patiënten kunnen een belangrijke rol spelen bij het signaleren en melden van vermoedens van fouten of fraude in de zorg. Patiënten weten immers als geen ander welke zorg zij daadwerkelijk hebben ontvangen. Met invoering van het zorgprestatie-model worden de controlemogelijkheden voor de patiënt verbeterd. Het wordt belangrijk om burgers meer te betrekken bij de aanpak van onrechtmatigheden in de zorg. We zijn ons ervan bewust dat patiënten zich mogelijk niet interesseren en/of over onvoldoende kennis van de bekostiging beschikken, om te kunnen signaleren wanneer een nota niet klopt. De komende periode wordt nagedacht over hoe burgers (door zorgaanbieders, zorgverzekeraars en mogelijk de NZa) kunnen worden geïnformeerd over de bekostiging, kunnen worden aangespoord om de zorgnota's regelmatig te controleren en bij vermoedens van fouten en fraude bij de juiste organisatie(s) een melding (al dan niet anoniem) kunnen maken.