

Doelgroepenanalyse declaratiepraktijk medisch specialistische zorg

Dr. J. van Erp
Mr. A.G. Mein

Januari 2013

Inhoud

1	Inleiding	5
2	Doelstelling en uitvoering onderzoek	6
	2.1 Context en doelstelling onderzoek	6
	2.2 Onderzoeksverantwoording	10
3	Bevindingen	12
	3.1 Kennis en begrip van de registratievoorschriften	12
	3.2 De naleving van de registratievoorschriften	14
	3.3 Inspanningen ter bevordering van de naleving	19
	3.4 Toezicht en handhaving door de NZa	22
4	Reflectie	26
	4.1 Sociaalwetenschappelijke perspectieven op regelnaleving	26
	4.2 Gelegenheden tot upcoding beperkt	26
	4.3 Motieven en capaciteit voor naleving	27
5	Conclusies	30
	Bijlagen:	
	1. Geraadpleegde publicaties	
	2. Gesprekspuntenlijst	

1 Inleiding

De *Erasmus School of Law* en het Verwey-Jonker Instituut hebben in opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit een onderzoek uitgevoerd naar de beleving van en de bereidheid tot naleving van de declaratievoorschriften uit de Wet marktordening gezondheidszorg door het ziekenhuisbestuur en medisch specialisten.

Dit rapport bevat het verslag van dit onderzoek. Het betreft een exploratief onderzoek dat een impressie geeft van de registratie- en declaratiepraktijk in een periode waarin de overgang naar prestatiefinanciering wordt gemaakt en veel administratieve processen in ontwikkeling zijn. Het onderzoek is uitgevoerd in de tweede helft van 2012 aan de hand van documentstudie en vraag-gesprekken met medisch specialisten, bestuurders en andere medewerkers van ziekenhuizen.

In hoofdstuk 2 staan wij stil bij de doelstelling en uitvoering van het onderzoek. In hoofdstuk 3 geven wij onze bevindingen weer. In hoofdstuk 4 reflecteren wij op onze bevindingen, om in hoofdstuk 5 conclusies te trekken en aanbevelingen te doen.

Langs deze weg danken wij met nadruk de respondenten voor hun medewerking aan het onderzoek. Zij moesten zich vaak vrijmaken van drukke werkzaamheden om te spreken over een thema dat bovendien ook nog eens gevoelig ligt.

2 Doelstelling en uitvoering onderzoek

In dit hoofdstuk staan wij kort stil bij de aanleiding, doelstelling en uitvoering van het onderzoek.

2.1 Context en doelstelling onderzoek

Kostenbeheersing in de zorg

In 2005 is in Nederland een nieuw financieringsmodel van ziekenhuiszorg geïntroduceerd gebaseerd op marktwerking. Basis hiervan vormt de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Sinds 2005 wordt de bekostiging op basis van budgetten afgebouwd en vindt bekostiging plaats op basis van de geleverde prestaties (prestatiebekostiging). Daartoe maken verzekeraars prestatieafspraken met ziekenhuizen over aantallen en typen behandelingen en bijhorende tarieven, kwaliteit en toegankelijkheid. Waar de zorginkoop in de beginfase weinig impact had op het financiële eindresultaat van de ziekenhuizen, is dat inmiddels in veel sterkere mate het geval door de groei van het segment onderhandelde ziekenhuiszorg met vrijgegeven tarieven. Dit 'B-segment' is gegroeid van 10% in 2005 naar 70% in 2012. In het 'A-segment' worden de maximumtarieven vastgesteld door de NZa. Een tweede prikkel tot kostenbeheersing is dat in het Bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015, dat in juli 2011 is overeengekomen tussen verzekeraars, vertegenwoordigers van ziekenhuiszorg en de minister, is vastgesteld dat de totale kosten van ziekenhuiszorg de komende vier jaar maximaal 2,5% per jaar mogen stijgen - terwijl deze de afgelopen 10 jaar jaarlijks gemiddeld met 5% toenamen. Voorts is het systeem van compensatie voor te veel of te duur ingekochte zorg voor zorgverzekeraars gewijzigd. In het verleden werd het teveel aan uitgaven via de risicoverevening verdeeld over alle verzekeraars. In 2012 ligt dit risico bij de individuele verzekeraar. Daarmee is voor zorgverzekeraars een veel grotere prikkel ontstaan om de kosten te beheersen. Naast scherp onderhandelen, hoort toezien op correcte declaraties daarbij. Verzekeraars hebben de taak te controleren op de correctheid van declaraties. De NZa heeft een waarschuwing gegeven aan de zorgverzekeraars dat zij declaraties beter moeten controleren en de resultaten moeten meewegen bij de zorginkoop.

Voor de ziekenhuizen zelf is er een grotere prikkel tot interne kostenbeheersing als gevolg van de scherpere onderhandelingen met de verzekeraar. In de transitiefase 2012 en 2013 worden de risico's van de overgang naar prestatiebekostiging overigens gemitigeerd doordat slechts een percentage van het omzetverschil (tussen schaduwbudget en declaraties op basis van DBC's) wordt verrekend (het zgn. vangnet). In 2012 is bovendien een gezamenlijk budgettair kader (macro omzetplafond) ingesteld voor de omzet van de ziekenhuiszorg in Nederland in zowel het A- als B segment. Die omzet is vastgelegd in het macrobeheersmodel. Overschrijdingen hiervan worden echter generiek verevend: elk ziekenhuis betaalt een deel van de totale overschrijding, ongeacht of dit ziekenhuis zelf de omzetgrens heeft overschreden. Ook is er op instellingsniveau een honorariumplafond ingesteld voor de te declareren honorariumomzet van vrijgevestigde medisch specialisten en zijn de honorariumtarieven door de NZa vastgesteld op basis van een rondrekening met het budgettair kader zorg voor medisch specialisten.

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) is marktmeester in de zorg en houdt toezicht op het gedrag van marktpartijen, waaronder de naleving van relevante wettelijke voorschriften. Eén van prioriteiten van de directie Toezicht & Handhaving van de NZa is de naleving van de declaratievoorschriften uit de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Het

bekostigings-en financieringssysteem dat in 2005 is ingevoerd, was gebaseerd op de Diagnose Behandelcombinatie (DBC). Per 1 januari 2012 is een nieuwe DBC-systematiek ingevoerd: 'DBC's op weg naar transparantie' ofwel DOT. In de DOT-systematiek registreert de zorgaanbieder - de medisch specialist - zorgactiviteiten, die door een algemeen afleidingsalgoritme (uitgevoerd door een zgn. *grouper*) worden afgeleid tot zorgproducten. Een *grouper* is een centrale webservice die op basis van vaste beslisregels, zorgactiviteiten combineert tot een zorgproduct dat is gekoppeld aan een diagnose. Het zorgproduct wordt dus niet langer vooraf getypeerd zoals in de oorspronkelijke DBC-systematiek, maar achteraf afgeleid uit de geregistreerde verrichtingen (Hassaart 2012). Het afgeleide zorgproduct kan door het ziekenhuis worden gedeclareerd bij de verzekeraar (of in incidentele gevallen de patiënt). Dure zorgactiviteiten zoals *intensive care* en bepaalde dure geneesmiddelen worden apart gedeclareerd (de zgn. 'add-ons'). De prijs die is gekoppeld aan het zorgproduct is gebaseerd op een tarief dat onderhandeld is met de zorgverzekeraar, eventueel binnen een maximumtarief dat is vastgesteld door de NZa.

Overregistratie en onderregistratie

Vanaf het begin is het DBC-systeem zeer complex gebleken. In de praktijk werden zo'n 30.000 verschillende DBC's gebruikt. Gedetailleerde product-kostencombinaties hebben voordelen in termen van kosten transparantie, maar de complexiteit bleek in de praktijk niet bij te dragen aan kostenbeheersing. Bovendien bestond er geen prikkel voor correct en compleet registreren en was het registratiesysteem gemakkelijk te manipuleren. Ook het feit dat zorgverzekeraars beperkt risico liepen, heeft niet bijgedragen tot kostenbeheersing of scherpe controle op de registratie. Daarmee bood het DBC-systeem veel ruimte voor overregistratie en onderregistratie. Bij onderregistratie gaat het om het niet registreren van verleende zorg die wel geregistreerd mag worden of het registreren van zorgactiviteiten die niet of niet juist zijn gekoppeld aan een DBC-traject, waardoor ze niet kunnen worden gedeclareerd. Overregistratie kan op verschillende manieren plaatsvinden. In de eerste plaats als er (meer of duurdere) zorg wordt aangeboden dan medisch noodzakelijk is (ook wel overbehandeling genoemd). Er wordt dan wel correct gedeclareerd, maar de zorg is niet noodzakelijk. Te denken valt aan een hoger aantal ligdagen voor een patiënt dan nodig. Hieraan zijn vanzelfsprekend ook kosten voor het ziekenhuis en de specialist verbonden. Daarnaast kan zorg worden geregistreerd die niet daadwerkelijk is verleend, bijvoorbeeld een hoger aantal ligdagen van een patiënt in een ziekenhuis terwijl de patiënt in werkelijkheid al is ontslagen. In de derde plaats is het mogelijk dat een heel ander (duurder) zorgproduct wordt geregistreerd dan daadwerkelijk is aangeboden (Hassaart p. 62-64). De laatste twee vormen zouden aan het licht kunnen komen, bij controle door de patiënt van de factuur, er van uitgaande dat de factuur voldoende duidelijk is.

Upcoding

In dit onderzoek gaat het om een vierde manier van overregistratie: upcoding. Upcoding wordt door de NZa gedefinieerd als '*het - al dan niet bewust - registreren en/of in rekening brengen van een hoger gewaardeerde deelprestatie dan daadwerkelijk geleverd is*'. Met andere woorden, het kiezen van de meest lucratieve registratiecode in situaties wanneer er een keuze gemaakt kan worden tussen twee codes met een verschillend tarief, bijvoorbeeld een eenvoudige of complexe botbreuk. Als eenvoudige zorg is verleend terwijl het tarief voor complexe zorg wordt geregistreerd, levert dat vanzelfsprekend meer inkomsten op.

Een voorbeeld van upcoding is het bewust opknippen van niet-klinische trajecten. Binnen DOT wordt gewerkt met vaste afsluitmomenten voor DBC-zorgproducten. Alle niet-klinische trajecten waarbij geen operatieve ingreep plaatsvindt, sluiten standaard na 90 dagen met uitzondering van cardiologische zorg. Na 90 dagen vindt declaratie plaats, daarna kan een nieuw zorgtraject worden geopend als er een nieuwe zorgvraag is. Voor een specialist is het daarmee voordelig om een doorlopend zorgtraject bewust op te knippen en een patiënt opnieuw te zien ná 90 dagen, bijvoorbeeld om de 13 weken in plaats van om de 12 weken. Dan kan weer een nieuwe zorgactiviteit worden geregistreerd. Als een patiënt om de 12 weken langskomt is het honorariumtarief daarvoor 92,08 euro; als de patiënt om de 13 weken langskomt is dit 4 maal een eenmalig consult a 51,14 euro = 204.56 euro (Cuppen, 2011, p. 9-10). Een ander voorbeeld is het registreren en declareren van een foto of een echo als een op zichzelf staande (duurdere) behandeling door een specialist, terwijl het in feite gaat om het maken van een foto of een echo op verzoek van een huisarts of verloskundige (de zogenoemde ovp's). Nog een ander voorbeeld is het declareren van een poliklinische behandeling als een (duurdere) dagbehandeling enkel en alleen omdat die behandeling langer duurde dan twee uur ((slechts) één van de criteria om te kunnen spreken van een dagbehandeling).

Omdat in de medisch-specialistische zorgpraktijk het onderscheid tussen overdeclaratie en upcoding niet duidelijk wordt gemaakt en het beide vormen zijn van incorrect declareren door onjuiste registratie van zorg die daadwerkelijk is verleend (in tegenstelling tot het registreren van zorg die niet is verleend of het verlenen van zorg die niet noodzakelijk is), komt in dit onderzoek zowel overdeclaratie als upcoding aan de orde.

Upcoding is aan te tonen door de medische patiëntendossiers te vergelijken met in het declaratiesysteem geregistreeerde zorg. Dan blijkt immers of de verleende zorg in overeenstemming is met de gedeclareerde zorg. Dit is een zeer arbeidsintensieve methode. Daarnaast kan een indicatie van upcoding worden afgeleid uit *benchmarks*, waarin een vergelijking wordt gemaakt van de door verschillende specialisten of ziekenhuizen geregistreeerde zorg op hetzelfde specialisme of dezelfde aandoening. Grote verschillen in geregistreeerde zorg kunnen ofwel worden verklaard door verschillen in comorbiditeit (*casemix*); door een verschil in behandelcultuur (voorkeur voor zwaardere ingrepen; technische behandel mogelijkheden), of een verschil in registratiepraktijk. In dat laatste geval zou sprake kunnen zijn van upcoding of een andere vorm van overregistratie.

Hassaart (2011) heeft *benchmark* onderzoek gedaan naar de *casemix* van een selectie van ziekenhuizen onder het DBC systeem. Dit onderzoek heeft uitgewezen dat er aanzienlijke variatie bestaat tussen ziekenhuizen en tussen specialismen die niet kunnen worden toegeschreven aan variatie in de patiëntpopulatie, maar als een indicatie van upcoding kunnen worden beschouwd. Ook uit eerder onderzoek naar het DBC-systeem (Bruins Slot, Mokveld en Geerders, 2008) bleek dat er grote registratieverschillen waren tussen ziekenhuizen die niet kunnen worden toegeschreven aan de *casemix* (patiëntenpopulatie). Een aantal specialismen, maar ook een aantal ziekenhuizen, opende veel vaker nieuwe DBC's voor aanvullende zorgvragen dan anderen. Het is waarschijnlijk dat hieraan verschillen in declaratiecultuur ten grondslag liggen, omdat de open geformuleerde instructies voor het openen van nieuwe DBC's ruimte lieten voor eigen interpretaties. Uit onderzoek blijkt dat het DOT systeem minder gevoelig is voor upcoding dan het DBC-systeem (Hassaart 2011). Toch blijft upcoding nog steeds mogelijk: niet door een duurdere

zorgproduct vooraf te kiezen, maar door verrichtingen zo te kiezen of registreren dat ze tot een duurder declarabel zorgproduct leiden (Hassaart 2011 p. 142).

De NZa voert een toezichtsarrangement uit ten aanzien van de naleving van de registratie- en declaratievoorschriften. Dit onderzoek is daar onderdeel van. Voor een effectieve toezichtstrategie is het van belang inzicht te hebben in de kennis en houding van zorgaanbieders ten opzichte van de betreffende voorschriften. Meer in het bijzonder gaat het om het inzicht van de doelgroep in de bestaande interne norm ten aanzien van registreren en declareren evenals de nalevingsbereidheid. Hiertoe wordt een doelgroepenanalyse uitgevoerd. De doelgroepenanalyse heeft kort gezegd tot doel in kaart te brengen wat de nalevingsbereidheid is ten aanzien van de declaratievoorschriften uit de Wmg van medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders en andere medewerkers in ziekenhuizen, waaronder *controllers* en medewerkers bij de financieel-economische afdelingen.

Onderzoeksvragen

In het licht van bovenstaande luidt de hoofdonderzoeksvraag dan ook als volgt.

Wat is de nalevingsbereidheid van medisch specialisten, bestuurders en andere medewerkers binnen ziekenhuizen ten aanzien van de declaratievoorschriften (in de zin van de Wmg)?

In het verlengde daarvan moet het onderzoek antwoord geven op de volgende deelvragen.

1. Welke doelgroepen zijn betrokken bij de registratie- en declaratiepraktijk?
2. In welke mate zijn deze doelgroepen op de hoogte van de geldende voorschriften en de daaraan ten grondslag liggende uitgangspunten en begrijpen zij die voorschriften?
3. Welke motieven hebben zij om de geldende voorschriften na te leven dan wel te negeren?
4. Welke gelegenheden zien zij om de desbetreffende voorschriften na te leven dan wel te negeren?
5. Welke inspanningen leveren zij om de voorschriften na te leven en zijn zij bereid te leveren?

2.2 *Onderzoeksverantwoording*

Teneinde bovengenoemde vragen te beantwoorden hebben wij de volgende onderzoeksactiviteiten ondernomen.

Documentstudie en oriënterende gesprekken

Om te beginnen hebben wij relevante documentatie bestudeerd, zoals (wetenschappelijke) publicaties over de declaratiepraktijk in de zorg, beleidsstukken en boetebesluiten van de NZa en achtergrondinformatie van de NZa en DBC Onderhoud over de declaratievoorschriften (zie bijlage 1). Vervolgens hebben wij een zestal oriënterende gesprekken gevoerd met experts uit de wetenschap, *consultancy* en ziekenhuispraktijk om scherper zicht te krijgen op de registratie- en declaratiepraktijk. Mede op basis van deze voorstudie hebben wij een gesprekspuntenlijst opgesteld voor de vraaggesprekken (zie bijlage 2).

Interviews

Vervolgens hebben wij in het najaar van 2012 44 vraaggesprekken gevoerd met medisch specialisten, ziekenhuisbestuurders (leden Raad van Bestuur) en andere medewerkers in ziekenhuizen, waaronder *controllers* en stafmedewerkers (afd. *planning & control*, zorgadministratie, debiteurenadministratie en DBC-consulenten). Ook hebben wij gesproken met directeuren, *controllers* en een *complianceofficer* van privéklinieken (ZBC). De gesprekskandidaten zijn willekeurig geselecteerd op basis van een *internet-search* naar ziekenhuizen en specialisten (via Kiesbeter.nl). Wij hebben grotere en kleinere basisziekenhuizen geselecteerd, verspreid door het land. Bij de meerderheid van die ziekenhuizen zijn de medisch specialisten werkzaam in maatschapverband en bij een minderheid in loondienst. De specialismen omvatten anesthesiologie, cardiologie, chirurgie, dermatologie, interne geneeskunde, longziekten, neurologie, oncologie, orthopedie, KNO, reumatologie en urologie. Een deel van hen is tevens (vice-)voorzitter van de stafmaatschap.

De opdrachtgever is niet geïnformeerd over de selectie van de gesprekspartners en de organisatie die zij vertegenwoordigen. Deze zijn alleen bekend bij de onderzoekers. De gespreksverslagen zijn evenmin ter beschikking gesteld aan de opdrachtgever. De bevindingen zijn geanonimiseerd.

De gesprekken zijn gevoerd aan de hand van een gesprekspuntenlijst (semi gestructureerd) en vonden grotendeels plaats op locatie bij de respondent. Een klein deel vond op praktische redenen telefonisch plaats (bijv. ivm. het spreekuur of een dienst van de specialist). De gesprekken duurden ongeveer een uur en van elk gesprek is direct een verslag gemaakt. De respondenten zijn vooraf in kennis gesteld van het doel van het onderzoek en het streven om hun uitspraken in de rapportage zodanig te presenteren dat ze niet naar personen of instellingen herleidbaar zijn.

De gesprekken verliepen doorgaans in een goede sfeer, hoewel een aantal respondenten, vooral medisch specialisten, kanttekingen plaatste bij het onderzoek. Sommigen waren van mening het onderzoek ten onrechte zou zijn gebaseerd op de vooronderstelling dat medisch specialisten bewust niet correct zouden registreren en declareren. Zij verzetten zich met kracht tegen dit beeld. Voorts viel op aan de gesprekken dat er tussen, maar ook

binnen ziekenhuizen, sterk verschillende percepties bestaan ten aanzien van de ernst, omvang en verklaringen voor incorrecte registraties.

Het kostte veel tijd om kandidaten te werven voor het onderzoek en de (aanvankelijke) weerstand te overwinnen. Veel kandidaten wilden eerst intern overleggen binnen hun maatschap of het ziekenhuis (met de Raad van Bestuur) over hun medewerking aan het onderzoek. Circa twintig gesprekskandidaten wilden niet meewerken aan het onderzoek, zij voerden als reden aan dat zij op korte termijn geen tijd konden of wilden vrijmaken.

Overzicht respondenten

	Medisch specialist	Bestuurder/directeur	Controller/medewerker
Ziekenhuis	16	6	14
ZBC	2	5	1
Totaal	18	11	15

Het betreft een kwalitatief, exploratief onderzoek op basis van vraaggesprekken. Dit type onderzoek geeft een beeld van de beleving van de registratie- en declaratievoorschriften door ziekenhuisdirecteuren, *controllers* en medisch specialisten, meer in het bijzonder de nalevingsbereidheid van de registratie- en declaratievoorschriften. Gezien de opzet geeft dit onderzoek geen volledig en representatief beeld van de nalevingsbereidheid van alle medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders. Dit type onderzoek beoogt inzicht te bieden in de diversiteit aan ervaringen en opvattingen van de verschillende, betrokken partijen ten aanzien van het registreren en declareren van zorgproducten. In de rapportage streven we er naar de variëteit aan opvattingen in beeld te brengen om op die manier meer begrip te krijgen voor de wijze waarop zorgaanbieders de regelgeving omtrent declareren in de praktijk ervaren, welke motieven zij hebben om die regelgeving na te leven en welke belemmeringen zij ondervinden bij de naleving.

Bij de interpretatie van de bevindingen moet er bovendien rekening mee worden gehouden dat 2012 een typisch overgangsjaar is naar een nieuwe registratiesystematiek (DOT) en dat nog lang niet alle ziekenhuizen hun onderhandelingen met zorgverzekeraars hadden afgerond. Daarnaast zijn er in de zorg vele fundamentele veranderingen gaande.

3 Bevindingen

In dit hoofdstuk schetsen wij een beeld van de beleving van de registratievoorschriften. Allereerst gaan wij in op de kennis en het begrip van de voorschriften. Vervolgens staan wij stil bij de naleving(sbereidheid) en de maatregelen die worden getroffen om de naleving te bevorderen. Tot slot besteden wij aandacht aan de rol van de NZa. Dit hoofdstuk is gebaseerd op de vraaggesprekken.

3.1 *Kennis en begrip van de registratievoorschriften*

De respondenten kunnen inmiddels wel uit de voeten met de registratievoorschriften. De nieuwe DBC-systematiek, onder de naam DOT, heeft het registreren van zorgactiviteiten en het declareren van zorgproducten als zodanig gemakkelijker gemaakt is de algemene opvatting. Medisch specialisten hoeven doorgaans alleen nog maar een zorgtraject te openen, waaraan in de loop van dat traject zorgactiviteiten worden gekoppeld en dat automatisch wordt afgesloten. Vervolgens leidt de *grouper* op basis van de aangeboden gegevens vanzelf een zorgproduct af, dat kan worden gedeclareerd.

Het *correct* registreren en declareren kost daarentegen nog wel veel werk, aldus de specialisten. “*A hell of a job*”, zo stelt een respondent. Er doemen veel ingewikkelde keuze- en interpretatievragen op. Zo kennen sommige specialismen (bijv. heekunde of oncologie) veel verschillende diagnosemogelijkheden. Er kunnen dan ook gemakkelijk invoerfouten worden gemaakt, aldus respondenten. Niet voor niets hebben ziekenhuizen speciale DBC-consulenten in dienst om (nieuwe) artsen wegwijs te maken in de registratie- en declaratiepraktijk. Het verbaast sommigen dat in de opleiding geen aandacht is voor de registratiesystematiek en dat ook vanuit de NZa geen scholing wordt aangeboden. “Als de overheid iets bedenkt, moet de overheid toch zorgen dat het landt!”, aldus een respondent.

Ziekenhuisbestuurders, *controllers* en medisch specialisten storen zich ook aan de vele tussentijdse en complexe wijzigingen van de voorschriften. Er is volgens hen doorgaans te weinig tijd om de wijzigingen goed te doorgronden en de werkwijze en systemen aan te passen. Dit terwijl er op vele fronten in de zorg al ingrijpende veranderingen gaande zijn. Dit leidt tot een zekere gelatenheid bij specialisten. Het verwerken van de tussentijdse wijzigingen is arbeidsintensief en roept dan ook veel weerstand op bij betrokkenen. “Het kost zoveel tijd en energie en als je denkt dat je het begrijpt dan verandert het toch weer. Ik wil gewoon mijn vak uitoefenen”, stelt een specialist. Vrijwel alle respondenten bepleiten dan ook rust, stabiliteit en een periode van vijf jaar zonder nieuwe wijzigingen. Daarnaast zijn de medisch specialisten van mening dat de voorschriften onvoldoende aansluiten bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg (bijv. innovatieve zorg of de inzet van de *nurse practitioner*), zodat geen passend zorgtraject beschikbaar is.

Transparantie registratie- en declaratiesystematiek

Medisch specialisten klagen er over dat zij hun greep op het registratie- en declaratieproces dreigen te verliezen. Zo komt het voor dat een zorgactiviteit per vergissing wordt gekoppeld aan het verkeerde zorgtraject, bijvoorbeeld in het geval er voor één patiënt parallelle zorgtrajecten lopen of dat uitgevoerde zorgactiviteiten in het geheel niet worden gekoppeld aan een lopend zorgtraject (de zgn. zwevende verrichtingen). Respondenten hebben het gevoel dat zij dit toewijzingsproces niet goed kunnen beïnvloeden. Eén en ander leidt dan weer tot uitval door de *grouper*, interne controles en

arbeidsintensieve hersteloperaties. Dit leidt volgens respondenten tot onderregistratie. Om dit te voorkomen wordt in een aantal ziekenhuizen gewerkt met ondersteunende *software* en andere interne stemen. De specialist moet bij het openen van een zorgtraject ook meteen het verwachte zorgproduct opgeven. Dit wordt gebruikt bij interne controles en prognoses. Dit is weliswaar nuttig om de greep op de registratiepraktijk te vergroten, maar brengt wel weer extra werk met zich mee, aldus de medisch specialisten.

In het verlengde hiervan vinden zowel medisch specialisten, *controllers* als ziekenhuisbestuurders het hinderlijk dat niet aanstonds duidelijk is welk zorgproduct de *grouper* zal afleiden. In dit opzicht vinden zij DOT geen verbetering, het heeft wat hen betreft niet geleid tot een verbetering van de transparantie van de registratie- en declaratiepraktijk. Zij ervaren dit als een belemmering voor de planning van de bedrijfsvoering: welke omzet is dit jaar te verwachten, hoe verhouden de opbrengsten zich tot de kosten? "Zo kan ik toch niet marktgericht en kostenbewust werken", aldus een bestuurder. Een specialist geeft aan dat hij sowieso geen inzicht heeft in de kosten van zorgproducten, bijvoorbeeld een MRI-scan en verbaast zich hierover. Voor een aantal ziekenhuizen vormde dit aanleiding om *consultants* in te schakelen om simulaties uit te voeren op basis van de in de het verleden behaalde omzet. Een ander punt dat medisch specialisten en directeurs als een groot probleem ervaren is dat gedurende een heel jaar zorgactiviteiten aan een lopend zorgtraject kunnen worden toegeschreven, terwijl het boekjaar ondertussen al is afgesloten (het zgn. onderhanden werk). Dit leidt volgens hen tot allerlei boekhoudkundige vragen en problemen bij het verkrijgen van een goedkeurende accountantsverklaring.

Informatie-uitwisseling over registratiepraktijk

Als *controllers* of andere ziekenhuismedewerkers vragen hebben over de registratievoorschriften wenden zij zich tot de NZa of DBC Onderhoud. De NZa kent een informatielijn voor vragen over (onder meer) de toepassing van de Wmg en over de declaratievoorschriften voor onder meer de medisch-specialistische zorg. Verder verspreidt de NZa een nieuwsbrief en zijn richtsnoeren opgesteld als handvat voor marktpartijen voor de naleving van de betreffende regelgeving. Ook op de website van DBC Onderhoud is veel informatie beschikbaar. DBC onderhoud kent een helpdesk. De respondenten zijn echter niet tevreden over het antwoord dat zij krijgen. Dat laat volgens hen vaak te lang op zich wachten en is bovendien te algemeen. Men heeft het gevoel dat de NZa onvoldoende oog heeft voor de noden van de dagelijkse ziekenhuispraktijk. De NZa biedt onvoldoende houvast bij de implementatie van de (tussentijdse wijzigingen van) de registratievoorschriften. Dit leidt tot vergissingen en fouten, aldus respondenten. Bovendien ondergraaft het hun positie ten opzichte van de medisch specialisten, omdat zij de specialisten niet duidelijk kunnen aangeven hoe de voorschriften geïnterpreteerd dienen te worden of waar de grens ligt.

Medisch specialisten kunnen een beroep doen op registratie- en declaratiedeskundigen binnen het ziekenhuis, maar wenden zich vooral tot vakgenoten of hun beroepsvereniging. Doorgaans is er in de maatschap wel iemand die zich heeft verdiept in de declaratievoorschriften en die fungeert als vraagbaak en contactpersoon. Er is sprake van een levendige informatie-uitwisseling en onderlinge vergelijking tussen medisch specialisten aan de hand van *benchmarks*. Daarbij worden maatschappen onderling vergeleken op praktijkvariatie. In deze informatie wordt voorzien door de verzekeraar, maar ziekenhuizen roepen ook vaak de hulp in van gespecialiseerde *consultants* en/of maken gebruik van speciale *software*.

3.2 *De naleving van de registratievoorschriften*

Respondenten geven aan dat, los van de registratiesystematiek als zodanig (DOT), gemakkelijk fouten kunnen worden gemaakt bij de registratie van zorgactiviteiten en het declareren van zorgproducten. Dit kan tot gevolg hebben dat zorgactiviteiten niet of niet goed worden geregistreerd (de zwevende verrichtingen), waardoor ziekenhuizen ten onrechte inkomsten mislopen. De respondenten spreken in dit verband van onderregistratie.

Onderregistratie

Zo werd in dit verband genoemd dat medisch specialisten zich niet altijd raad weten met de registratie van meerdere en verschillende klachten tegelijkertijd van één patiënt (multiple pathologie). Of dat men nalaat het zorgtraject aan te passen, als een patiënt (onverwacht) verhuist van de polikliniek naar de (duurdere) behandelafdeling. Het spiegelbeeld hiervan komt ook voor: men laat na het zorgtraject aan te passen van een patiënt die binnenkomt met een (vermoedelijke) beroerte, maar dat na verloop van tijd een TIA blijkt te zijn (waarvan de behandeling korter en goedkoper is) of van een patiënt bij wie in het kader van opeenvolgende behandeling op de polikliniek op een gegeven moment geen infuus meer nodig is. Voorts kan bij sommige specialismen worden gekozen uit een breed spectrum aan behandelmodaliteiten (bijv. bij oncologie), wat gemakkelijker aanleiding geeft tot fouten. Andere specialismen (bijv. cardiologie) hebben mede om die reden de keuzemogelijkheden juist vereenvoudigd. Ook worden registratiefouten gemaakt bij de overdracht van patiënten, het gebruik van dure geneesmiddelen of vallen zorgtrajecten uit omdat de verwijzer of een machtiging ontbreekt. Daarnaast komt onderregistratie voor doordat medisch specialisten onvoldoende op de hoogte zijn van de meest recente voorschriften en instructies. Verder is het toe te schrijven aan achterstanden in de registratie of een minder sterk gevoelde urgentie ten aanzien van de registratiepraktijk. "Wij zijn geen administratiekantoor, wij leveren zorg". Volgens respondenten zou onderregistratie vooral voorkomen in ziekenhuizen waar de artsen in loondienst werkzaam zijn. In vakgebieden waar veel geautomatiseerd gebeurt, is er minder kans op fouten. Opnamen komen bijvoorbeeld standaard uit het opnamesysteem en operaties uit het operatiesysteem. Afdelingen met grote hectiek en zonder geautomatiseerde systemen bieden meer risico op fouten, terwijl een afdeling als de *intensive care*, waar heel gestructureerd wordt gewerkt en veel stille momenten zijn om te registreren, minder kans biedt op foutieve- of onderregistratie.

Een laatste knelpunt is dat voor innovatieve zorg vaak een passend zorgproduct ontbreekt. Meestal vinden de medisch specialisten daarvoor een oplossing in overleg met de verzekeraar (door de keuze voor een enigszins gelijkend zorgproduct). Dit brengt wel het risico met zich mee dat een onjuist zorgproduct wordt gedeclareerd.

Het probleem van onderregistratie speelt niet of nauwelijks in de ZBC's, zo blijkt uit de vraaggesprekken. Volgens betrokkenen hangt dit samen met de organisatie van de bedrijfsvoering in die klinieken. Niet alleen zijn de medewerkers nauwkeurig geïnstrueerd in het registreren, ook is er sprake van een dagelijkse, directe en strenge interne controle. Er kan slechts gekozen worden voor een aantal vaste en voorgeprogrammeerde behandeltrajecten en -combinaties. Hierdoor speelt ook het risico van zwevende verrichtingen nauwelijks. De organisatiestructuur is overzichtelijk en de medische praktijk en de bedrijfsvoering zijn veel sterker geïntegreerd dan in reguliere klinieken. Een respondent zegt hierover: "Wij zitten bovenop de bedrijfsvoering". Meer in het algemeen

staat de bedrijfsvoering in het teken van het verhogen van de efficiëntie en het drukken van de kosten.

Uit de vraaggesprekken komt naar voren dat het juist en volledig registreren en declareren steeds belangrijker wordt, gelet op de afspraken die de ziekenhuizen hebben gemaakt met de zorgverzekeraar over de te verwachten omzet en vergoedingen en het toenemende ondernemersrisico voor ziekenhuizen. Er is ziekenhuisbestuurders, *controllers* en andere medewerkers dan ook veel aan gelegen de medisch specialisten te ondersteunen bij de registratie van zorgactiviteiten en de declaratie van zorgproducten. Veel ziekenhuizen hebben dan ook interne controleprocedures ingevoerd en maken gebruik van *consultants* en automatiseringssystemen om registratiefouten tijdig te detecteren en zonodig te herstellen.

Minder mogelijkheden tot upcoding

Onderregistratie kent echter ook een spiegelbeeld: overregistratie. Zoals in de inleiding aangegeven, kan overregistratie op verschillende manieren plaatsvinden. Dit onderzoek richt zich op *upcoding*: het kiezen van de meest lucratieve registratiecode in situaties wanneer er een keuze gemaakt kan worden tussen twee codes met een verschillend tarief. De mogelijkheden tot upcoding lijken in de loop der tijd aanzienlijk te zijn verminderd. Zo komt uit de vraaggesprekken een aantal, onderling samenhangende, factoren naar voren die een remmende werking hebben op *upcoding*. Deze ontwikkelingen hebben tot gevolg dat er geen direct verband meer is tussen registreren en declareren van zorgactiviteiten en de opbrengst daarvan. Om te beginnen noemen ziekenhuisbestuurders, *controllers* en medisch specialisten de nieuwe registratiesystematiek (DOT) veel minder misbruikgevoelig dan de oude. Zo kent DOT een hoger aggregatieniveau en is het, gedeeltelijk, specialisme overstijgend. Bovendien is DOT nog zo nieuw dat *controllers* en medisch specialisten die systematiek nog niet tot in de finesses hebben kunnen doorgronden. *Controllers* en medisch specialisten verwachten overigens wel dat overregistratie zal toenemen naarmate men de nieuwe systematiek beter onder de knie krijgt (op basis van *feed back* uit de *grouper*) en dat na verloop van tijd zwaardere (=duurdere) zorgtrajecten zullen worden gedeclareerd. Overigens wijzen diverse respondenten erop dat overregistratie door het aanbieden van zorg die niet medisch noodzakelijk is, juist wordt aangemoedigd door een verrichtingsysteem als de DOT-systematiek. Elk geregistreerd zorgproduct levert immers inkomsten op. Verder wijzen de medisch specialisten op de afspraken die binnen het ziekenhuis en/of met de zorgverzekeraar zijn gemaakt over hun honorarium (bijv. door samen te werken in een collectief van specialisten), het honorariumplafond voor medisch specialisten, het hoofdlijnenakkoord en tot slot de plannen om de fiscale voordelen van het werken in maatschapverband weg te nemen. Tot slot signaleren medisch specialisten en *controllers* dat zorgverzekeraars intensiever zijn gaan controleren omdat zij een groter risico dragen.

Grens geoorloofd en ongeoorloofd registreren en declareren

Gevraagd naar de grens tussen geoorloofd en ongeoorloofd registreren en declareren geven respondenten aan dat de grens ligt bij registreren en declareren op een wijze die niet in overeenstemming is met de feiten. "Je declareert niet, wat je niet kunt documenteren", zo stelt een respondent. Als voorbeelden worden genoemd het verzinnen van een zorgtraject, het opvoeren van zorgactiviteiten die niet daadwerkelijk zijn uitgevoerd, het opvoeren van een klinische opname, waar sprake is van een dagbehandeling of een poliklinisch bezoek, het opvoeren van meer ligdagen dan de werkelijke opnameduur of het opvoeren van een telefonisch consult of nazorg als een regulier (*face-to-face*) consult.

Volgens hen is dit in strijd met de wet en frauduleus en distantiëren zij zich hier van. Gevraagd naar het voorkomen van overregistreren in het eigen ziekenhuis, verschilt het beeld van ziekenhuisbestuurders en *controllers* van dat van de medisch specialisten. Waar eerstgenoemden erkennen dat varianten van overregistratie in hun ziekenhuis wel voorkomen, zijn laatstgenoemden (vaak uit hetzelfde ziekenhuis) terughoudender en voorzichtiger. Als het al voorkomt, is het naar hun stellige indruk vooral te wijten aan vergissingen en fouten. Specialisten geven in de gesprekken ook met name voorbeelden van onderregistratie, en stellen geregeld dat te veel declareren niet mogelijk is.

Respondenten maken echter wel gewag van een ruim grijs gebied tussen geoorloofd en ongeoorloofd registreren en declareren. Dit grijze gebied bestaat volgens hen omdat de registratievoorschriften nu eenmaal de ruimte laten voor een precieze en ruime uitleg. Beide varianten zijn volgens hen medisch inhoudelijk te beredeneren. Zo zijn er respondenten die een precieze uitleg hanteren. Zij vinden dat dit zo hoort. Zij willen binnen de grenzen van de wet blijven, zonder daar over te hoeven twijfelen. Zij zijn naar eigen zeggen niet gepreoccupeerd met hun inkomen, maar de kwaliteit van de door hun geleverde zorg. Een respondent zegt: "Ik weet niet hoe zwaar de *grouper* afleidt en ik wil het ook niet weten". Een ander: "Het ziekenhuis kiest bewust voor de veilige kant. De declaratiepraktijk moet rechtmatig zijn. Bovendien kosten correcties achteraf veel tijd en geld". Degenen die de precieze uitleg van de declaratievoorschriften volgen, stellen uitsluitend op medisch-inhoudelijke gronden te kiezen voor een bepaald zorgtraject of -activiteit. Als zij al kiezen voor een langere of duurdere behandeling, dan is dat uitsluitend in het belang van de patiënt en met het oog op de kwaliteit van zorg. Zij noemen zich met zoveel woorden 'recht in de leer'. "Ik doe gewoon mijn werk volgens de regels", aldus een respondent. Vaak ligt hun productie en omzet ook niet boven gemiddelde, zo zou volgens hen uit onderlinge vergelijkingen blijken. Zij verwonderen zich over de grote praktijkvariatie en storen zich aan de verrekening van de omzetverschillen tussen ziekenhuizen, in het kader van de overgang naar prestatiebekostiging. Zij hebben het gevoel dat ziekenhuizen en specialisten die terughoudend declareren als gevolg van deze afspraken worden gestraft. Deze specialisten zeggen tevens zeer gevoelig te zijn voor eventuele imagoschade als gevolg van een boete door de NZa, een en ander tegen de achtergrond van het toch al broze imago van de medisch specialist. "Als je niet serieus declareert, verlies je je geloofwaardigheid als onderhandelingspartner van de zorgverzekeraar en overheid", aldus een specialist.

Maar er zijn ook respondenten die expliciet kiezen voor een ruime uitleg. "Wat binnen het systeem mag, laten we niet liggen. Iedereen doet dat toch?", aldus een respondent. Zij noemen dit ook wel strategisch of creatief declareren. "Strategisch declareren vind ik geen probleem, het betreft het grijze gebied, dat is niet in strijd met de wet", aldus een respondent. Sommigen noemen het lucratief declareren, maar er zijn ook meer eufemistische begrippen in zwang, zoals optimalisatie. Als voorbeeld wordt in dit verband onder meer genoemd: de keuze voor een zwaarder (=duurder) zorgtraject, zoals een beroerte in plaats van een TIA, rugpijn in plaats van pijn aan het been.

Verder worden genoemd:

- het opvoeren van een poliklinische behandeling die langer dan twee uur duurt als een dagbehandeling;
- het opknippen van het zorgtraject in achtereenvolgende delen (serieel) of openen van meerdere zorgtrajecten tegelijkertijd (parallel);
- het starten van een zorgtraject door meerdere specialisten voor één patiënt, in verband met een multidisciplinaire aanpak;
- de declaratie van (nagenoeg zelfstandig verrichte) zorgactiviteiten van bijvoorbeeld een *nurse practitioner*, optometrist of diabetesverpleegkundige als een eerste polibezzoek (zgn. gedelegeerd werk);
- Een palliatieve code toevoegen terwijl standaard palliatieve zorg in het zorgtraject is inbegrepen
- Het registreren van een complexe of zwaardere aandoening als de keuze bestaat tussen 'licht' en 'zwaar', bijvoorbeeld een fase 3-tumor in plaats van fase 2.

Deze voorbeelden liggen volgens een deel van de respondenten binnen het grijze gebied en dus binnen de grenzen van de wet. Daarbij dient te worden opgemerkt dat er in sommige gevallen goede medisch-inhoudelijke redenen kunnen zijn voor het aanbieden en registreren van deze zorgactiviteiten: het kan uit kwaliteitsoogpunt beter zijn een patiënt een dag op te nemen dan om deze poliklinisch te behandelen in verband met nazorg en het komt vanzelfsprekend geregeld voor dat een patiënt multipiele problematiek heeft waardoor het openen van parallelle DBC's gerechtvaardigd is. Respondenten noemen echter ook gevallen waarin de grondslag voor registratie van een zorgproduct primair financieel is. Overigens wordt vaak de zorgverzekeraar gepolst alvorens een bepaalde wijze van registratie wordt gekozen. Respondenten geven ook aan dat indien een zorgverzekeraar de registratiepraktijk goedkeurt, er wat hen betreft geen probleem is ook als er daardoor verschillen tussen ziekenhuizen ontstaan.

Rechtvaardigingen

Eenzijds voelen ziekenhuisbestuurders, *controllers* en medisch specialisten zich wel wat ongemakkelijk bij het ruim interpreteren van het zogenoemde grijze gebied. Zo benadrukt een respondent dat je toch vooral "... genadig moet declareren". Zij proberen dan ook hierover tot overeenstemming te komen met de zorgverzekeraar. Anderzijds voelen zij zich ook genooddaakt en gelegitimeerd om de geboden gelegenheid tot strategisch of creatief registreren en declareren te benutten. Zij wijzen expliciet op de marktwerking in de zorg en het grote financiële belang dat op het spel staat, ook brengen zij naar voren dat de ziekenhuisinkomsten respectievelijk hun honorarium toch al onder druk staat door vele externe ontwikkelingen. "... en we laten al zoveel liggen door foute declaraties", aldus een respondent. Een andere respondent: "Als stafvoorzitter vind ik dat het niet kan, dit kan het ziekenhuis reputatieschade opleveren. Als specialist vind ik wel dat er goed tarief moet staan voor wat je doet". *Controllers* wijzen er op dat vrijwel alle ziekenhuizen dit doen. "Je bent een dief van je eigen portemonnee" of "Je moet niet roomser zijn dan de Paus", zijn in dit verband veel gehoorde rechtvaardigingen. Ook de werking van het Macro Beheersinstrument wordt in dit verband wel aangevoerd. De generieke korting in verband met budgetoverschrijdingen, werkt demotiverend voor die ziekenhuizen en specialisten die binnen hun budget zijn gebleven. Een andere verklaring die werd aangevoerd, is het bestaan van inkomensverschillen tussen medisch specialismen die als onrechtvaardig worden ervaren. Of zoals een respondent dat noemde: "Het Rijk voert inkomenspolitiek voor medisch specialisten door middel van het declaratiesysteem".

Eerdergenoemd beeld van een grijs gebied in de registratiepraktijk, dat al dan niet wordt benut, is vooral van toepassing op ziekenhuizen waar de medisch specialisten in maatschapsverband werkzaam zijn. Het is niet of nauwelijks van toepassing op ZBC's, zo blijkt uit de vraaggesprekken. De relatief eenduidige en routinematige praktijk zou weinig ruimte bieden tot het maken van keuzes bij de registratie: men werkt met gestandaardiseerde en planbare behandelpakketten. "Er is hier geen grijs gebied", zegt een respondent. Bovendien hebben ook ZBC's te maken met een budget- en honorariumplafond. Aan de andere kant speelt de vraag wanneer een seriële of parallelle DBC kan worden geopend ook in een ZBC. Ook is denkbaar dat in een ZBC andere vormen van overregistratie voorkomen, die in dit onderzoek niet aan de orde komen.

Voordelen naleving

De kans op naleving van regelgeving is over het algemeen groter als het motief voor naleving niet alleen gelegen is in het voorkomen van sancties, maar als er ook voordelen zijn verbonden aan het naleven van regels. In het geval van de regelgeving omtrent correct declareren is een mogelijk voordeel het krijgen van een goedkeurende accountantsverklaring. Ook zouden verzekeraars eisen kunnen stellen aan de rechtmatigheid van declaraties als onderdeel van de inkooponderhandelingen. In één van de voorgesprekken voor dit onderzoek bleek bovendien dat het bezit van een certificaat door verzekeraars wordt beloond met voorfinanciering van onderhanden zorg. Dit certificaat wordt alleen verleend als een ziekenhuis of maatschap de incorrecte declaraties tot een bepaald niveau heeft teruggebracht. Omdat onderhanden zorg een zeer grote kostenpost is voor ziekenhuizen, zou dit een belangrijk motief kunnen zijn voor naleving. Het is opvallend dat deze materiële voordelen van naleving slechts in enkele gesprekken door de respondenten worden genoemd. In een van de ziekenhuizen is een afspraak met de verzekeraar gemaakt over het correct declareren; een ander werkt aan certificatie.

Andere genoemde voordelen van naleving zijn dat het dat het teveel gedeclareerde achteraf toch moet worden gerestitueerd als de verzekeraar de fout ontdekt en dat het herstellen van fouten achteraf veel tijd kost. Eén van de ziekenhuizen in het onderzoek streeft ernaar tegen een zo laag mogelijke kostprijs te concurreren, in afwachting van de p*q bekostigingssystematiek. Omzetverhoging en het registreren van duurdere zorgproducten dan daadwerkelijk geleverd, dragen niet bij aan het doel van een zo laag mogelijke kostprijs. Tot slot wordt genoemd het beperken van imagoschade die overtredingen van declaratieregels met zich mee zou brengen. "Specialisten liggen onder het vergrootglas", zo stelt een respondent.

Informatie-uitwisseling

Controllers en medisch specialisten wisselen onderling regelmatig vergelijkende informatie uit over de mogelijkheden om strategisch of creatief te declareren. Zij vertellen ook door *consultants* of andere experts te zijn geattendeerd op mogelijkheden om strategisch of creatief te declareren. "Zij wezen mij op stommigheden en slimmigheden", aldus een respondent. Doorgaans namen zij die voorstellen over, maar soms stak de zorgverzekeraar daar alsnog een stokje voor. Anderen vertelden zich zozeer bezwaard te voelen dat zij er van af zagen. Dat viel naar eigen zeggen niet mee, want ze wisten dat anderen het wel deden.

Diverse respondenten (zowel specialisten als bestuurders) hebben in hun loopbaan zowel ervaring opgedaan in academische als in basisziekenhuizen en/of in ziekenhuizen waar de specialisten in loondienst en in maatschapsverband werken. Zij geven aan dat er in de

basisziekenhuizen veel meer informatie wordt uitgewisseld over declaraties tussen specialisten dan in de academische ziekenhuizen en dat in ziekenhuizen met maatschapsverband ruimer wordt geregistreerd en gedeclareerd dan in ziekenhuizen waar de artsen in loondienst zijn. Een financieel manager heeft de ervaring dat specialisten in loondienst wat minder "eager" zijn om zich te verdiepen in registratiekwesities omdat dit toch geen directe relatie heeft met hun salaris, dan vrijgevestigde specialisten die geregeld "tips en trucs" aandroegen. Anderzijds helpt het loondienstverband hem om de zorgvraag "binnen de perken te houden": er is geen prikkel om meer zorg te leveren dan medisch noodzakelijk. Een andere respondent geeft aan dat specialisten meer geïnteresseerd zijn in registratiekwesities als dit het honorariumdeel van de vergoeding betreft dan wanneer het ziekenhuisdeel aan de orde is.

3.3 Inspanningen ter bevordering van de naleving

Opstelling ziekenhuisbestuur

De ziekenhuisbestuurders die in dit onderzoek zijn geïnterviewd, noemen allen het beheersen van kosten als een van hun belangrijkste aandachtspunten. De registratie van zorgproducten is daarbij een belangrijk onderwerp. Alle ziekenhuisbestuurders zijn actief bezig onderregistratie te voorkomen. Het gaat daarbij vaak om miljoenen euro's. Zij verschillen in de mate waarin zij daarnaast ook verschillende vormen van overregistratie binnen hun ziekenhuis als probleem waarnemen en actief proberen te voorkomen.

Er is een groep bestuurders aan te wijzen die het correct registreren en declareren vooral de verantwoordelijkheid vindt van de medisch specialist. Hun grootste zorg is het *volledig* registreren en declareren en het voorkomen van onderregistratie. "In plaats van correct declareren, zie ik meer het belang van precies registreren en declareren wat er is verricht. Niet meer en niet minder", stelt een respondent. Bestuurders in deze ziekenhuizen sturen vooral op het voorkomen van zwevende verrichtingen - daar heeft men direct financieel belang bij - en grijpt verder alleen in bij evidente gevallen van incorrecte registratie en declaratie. Deze groep vindt strategisch declareren niet zo'n probleem, zeker omdat de mogelijkheden beperkt zijn en het in hun beleving niet om grote bedragen gaat. Deze respondenten zien "niet echt een nalevingsprobleem", hoogstens incidentele en onbewuste fouten. Wat meer strategisch gedrag wordt gekarakteriseerd als "administratieve ontsporingen" of "aanloopproblemen". Die vallen volgens hen in het niet bij de onderregistratie en zijn dus "bijvangst". Bij evidente overtredingen volgt een gesprek met de medisch specialist en dat is meestal voldoende. Wel is deze groep respondenten van mening dat bij medisch specialisten die opzettelijk en blijvend niet correct registreren en declareren, het dienstverband moet worden beëindigd.

Een andere groep bestuurders voelt de behoefte actief (verschillende vormen van) overregistratie te voorkomen. Zij stellen dat de registratiepraktijk de verantwoordelijkheid is van het ziekenhuisbestuur én de medisch specialist en investeren in regelmatige interne *audits*. Zij communiceren in het ziekenhuis actief over waar de grenzen liggen. Enkele citaten uit gesprekken met ziekenhuisbestuurders en financieel managers: "Ik wil geen trucs, maar transparantie. Niet creatief boekhouden". "Wij zijn een net en beschaafd ziekenhuis". Geloofwaardigheid en betrouwbaarheid bij onderhandelingspartners (zorgverzekeraars en overheid) zijn voor deze bestuurders belangrijke argumenten. Een ziekenhuisbestuurder formuleert zijn motivatie voor naleving als volgt: "Bij de verzekeraar en inspectie willen we betrouwbaar zijn, op patiëntenzorg, maar ook op de administratie en het financieel beleid. Je moet doen wat je belooft. Het gaat om je geloofwaardigheid. En als artsen slordig declareren, zijn ze misschien ook wel slordig in

de registratie in het patiëntendossier of zelfs slordig in de zorg die ze verlenen. Dus ik wil geen gesjoemel”.

Deze groep geeft echter aan dat het lastig is greep te krijgen op de specialisten. “Wat kan ik doen als een arts zegt dat het medisch noodzakelijk is?”. “Het is taai gedrag. Je moet soms veel verwonderde vragen stellen. Dat kost veel FTE”.

Reikwijdte interne controle

Interne controles worden op verschillende manieren en in verschillende intensiteiten uitgevoerd. Alle ziekenhuizen investeren in registratiesystemen om onderregistratie te voorkomen en corrigeren. Die systemen genereren in de eerste plaats dagelijks geautomatiseerde standaardcontroles. Deze zijn vooral gericht op het detecteren van zwevende verrichtingen, maar niet inhoudelijk van aard. Alle ziekenhuizen voeren daarnaast intern steekproefsgewijs materiële controles uit op basis van de medische dossiers. Vergelijking van de medische dossiers met de geregistreerde zorg is de meest betrouwbare methode om te controleren of geleverde zorg correct is geregistreerd. Het aantal controles is echter beperkt in vergelijking met het totale aantal medische verrichtingen. Voorbeelden zijn een ziekenhuis waar men 400 zorgtrajecten per jaar aselekt controleert. Enkele geïnterviewde specialisten geven daarom aan niets te merken van interne controle, hoewel de meesten hier wel ervaring mee hebben.

De controles worden uitgevoerd door medewerkers van de afdeling AO/IC ofwel zorgadministratie. Enkele van deze validatiemedewerkers hebben wij gesproken in dit onderzoek. Deze medewerkers zijn naar eigen zeggen “niet echt geliefd” bij specialisten en dat wordt door enkele specialisten bevestigd. Een medewerker: “Ze zien me niet graag komen. We proberen de specialisten op te voeden. Wij staan voor de rechtmatigheid van declaraties, streng zijn is onze rol”. De geïnterviewde DBC-consulenten signaleren dat specialisten soms de uitersten opzoeken. Zij gaan daarover de discussie aan, maar hebben een ‘signalerende en adviserende’ rol: de specialist beslist uiteindelijk. Verschillende consulenten geven aan dat hun mogelijkheden om specialisten te corrigeren, beperkt zijn. “Ik moet het hebben van mijn overtuigingskracht, ik ben slechts adviseur”. Als het “te gek” wordt, komt de zaak via de HEAD soms op de agenda van de Raad van Bestuur, die de kwestie dan bespreekt met de betreffende specialist of maatschap.

De afdeling zorgadministratie heeft de laatste jaren sterk aan belang gewonnen. Waren de werkzaamheden voorheen administratieve werkzaamheden op mbo-niveau, tegenwoordig is op de afdeling zorgadministratie alle kennis en deskundigheid over declaratieregels gebundeld. De competenties van de medewerkers verschuiven van voornamelijk coderen, naar analyse en controle. In een aantal ziekenhuizen fungeert de afdeling zorgadministratie als adviseur en vraagbaak voor specialisten. Deze specialisten geven aan dat de medewerkers goed zijn ingevoerd en veel kennis van zaken hebben. Andere respondenten echter geven aan dat het adviseren een hoger opleidingsniveau en competenties vereist, hetgeen een grote omslag betekent voor de afdelingen zorgadministratie. “Een specialist vergt toch een speciale aanpak”. Zij ervaren het bovendien als kwetsbaar dat alle kennis en kunde op het gebied van registreren en factureren op een kleine afdeling is gebundeld.

In twee van de ziekenhuizen in ons onderzoek wordt volgens de bestuurders verhoudingsgewijs veel meer dan in andere ziekenhuizen geïnvesteerd in controle dan in andere ziekenhuizen. Het initiatief hiervoor lag in beide gevallen bij managers die van buiten de

zorg afkomstig waren. Eén van hen, afkomstig uit een overheidsorganisatie, is opgevallen dat de interne controle binnen een ziekenhuis relatief beperkt was in vergelijking met de overheidsorganisaties waar hij eerder werkte, waarin een sterkere verantwoordingscultuur heerste. Hij heeft daarom een interne controle-afdeling opgezet met een registeraccountant. Dit team is tot in detail op de hoogte van de geldende regels en toetst regelmatig met interne audits alle processen, van de zorgregistratie tot de lease-auto's. De interne accountant voelt zich gebonden een rapport te maken als iets niet in orde is en de externe accountant kijkt deze interne rapporten weer na. "Je kunt het dus niet laten liggen. We hadden op een bepaald punt iets grijzigs kunnen doen, maar we hebben het niet gedaan. Het is onze instelling om het beste jongetje van de klas te zijn als het gaat om naleving", stelt deze respondent.

In het tweede ziekenhuis waarin volgens de respondenten intensiever wordt gecontroleerd dan in andere ziekenhuizen, zijn meerdere respondenten geïnterviewd die allen duidelijk aangeven dat uit interne controles vrij geregeld overregistratie naar voren komt. Deze controles ervaart men als nuttig, omdat uit interne controles veel sneller feedback komt dan uit controles achteraf door de verzekeraar. "In het begin dacht ik, het kan niet dat ik nog wat fout doe, maar dat blijkt soms dus toch zo te zijn", stelt een specialist. Het is opvallend dat juist in een ziekenhuis dat heel actief controleert, vaker overregistratie wordt geconstateerd, terwijl andere respondenten stellen dat dit in hun ziekenhuis niet speelt. Dat roept de vraag op of er in het eerstgenoemde ziekenhuis meer overtredingen plaatsvinden waardoor er meer aanleiding is voor controle, of dat in de overige ziekenhuizen een te rooskleurig beeld bestaat van het nalevingsgedrag.

Externe controle

Een tweede vorm van controle is die door de accountant. Die verricht ook een materiële controle door de registraties te vergelijken met de dossiers. Het uitblijven van een goedkeurende accountantsverklaring is een situatie die ziekenhuizen te allen tijden willen voorkomen. Van de accountantscontrole gaat dus wel enige druk uit, maar het gaat vooral om de vraag hoe uitgebreid de accountant aandacht besteedt aan correct registreren en declareren en hoe actief de Raad van Toezicht hierop toeziet. "Als de accountantsverklaring twee keer achter elkaar de aanmoediging bevat van de accountant om aandacht te geven aan correct declareren, gaat de Raad van Toezicht ons ook hinderlijk volgen", stelt een respondent. Enkele andere respondenten stellen echter dat de accountant uit zichzelf geen incorrecte registraties zal ontdekken en niet expliciet controleert op registraties. "Er is helemaal geen controle van buitenaf", stelt een respondent dan ook.

Naast interne materiële controle is de controle vanuit de verzekeraar niet onbelangrijk, maar deze wordt als veel minder intensief, scherp en snel ervaren. Op een uitzondering na geven de respondenten aan dat zij op dit moment vanuit de verzekeraar geen sterke controle ervaren. Sommigen geven wel aan dat het recentelijk wat intensiever wordt, nu de verzekeraar risicodragend wordt. De verzekeraar kijkt vooral naar seriële en parallelle DBC's, maar niet naar *upcoding*. Daarvoor is materiële controle (obv dossiers) nodig en dat gebeurt slechts in beperkte mate. Een van onze respondenten geeft aan dat de verzekeraar twee tot drie maal per jaar een materiële controle uitvoert, die soms vijf jaar na facturatie teruggaat. De verzekeraar stuurt rapporten met foutmeldingen, die de ziekenhuisadministratie dan moet toelichten. Vaak blijkt er geen sprake van fouten, maar van medisch-inhoudelijke redenen voor de declaratie. Respondenten noemen foutpercentages van 0,001 % (ZBC) tot 1 of 2% (algemeen ziekenhuis). Deze lage percentages worden door hen geïnterpreteerd als boodschap dat men goed bezig is. Waar de respondenten de

NZa vooral als een controleur ervaren, beschouwen zij de verzekeraar niet alleen als controleur maar ook als bron van informatie ter verbetering van de registratiepraktijk. De verzekeraar levert op basis van *datamining* in de eigen gegevens veel nuttige vergelijkingsinformatie. Een financieel manager vraagt de verzekeraar actief om analyses van probleemgebieden (bijvoorbeeld naar aanleiding van de casus Ommelander Ziekenhuis Groep).

3.4 Toezicht en handhaving door de NZa

Controle- en pakkans

Vrijwel alle respondenten schatten de controle- en pakkans van de NZa als zeer laag. Dat geldt voor bestuurders, stafmedewerkers en nog in sterkere mate voor de specialisten. Over het algemeen geeft men aan “niet wakker te liggen” van de NZa. Uit de gesprekken wordt duidelijk dat men niet weet op welke wijze de NZa controleert. Desgevraagd weet men niet hoe de casus Ommelander Ziekenhuis de NZa ter ore is gekomen. Ook zijn respondenten niet op de hoogte van het feit dat de NZa signalen ontvangt over incorrecte declaraties.

Voorbeeldwerking boete Ommelander Ziekenhuis Groep

De NZa heeft enige tijd geleden een boete opgelegd aan het Ommelander Ziekenhuis Groep in Noord-Oost Groningen vanwege declaraties die de NZa in strijd achtte met de voorschriften. In het betreffende ziekenhuis was het praktisch om patiënten die langer dan twee uur op de spoedeisende hulp verbleven, als klinische opname te declareren terwijl voor deze opnameduur slechts poliklinisch bezoek mag worden gedeclareerd. Voor poliklinisch bezoek geldt een lager tarief. Het ziekenhuis hanteerde aanvankelijk een grens van zes uur, maar in diverse e-mails vanaf 10 januari 2008 is de opdracht gegeven om een patiënt die langer dan twee uur op de SEH verblijft, ‘klinisch te maken’ (Besluit NZa iNZake Ommelander Ziekenhuis Groep, 26 oktober 2012). Hierop heeft de NZa een boete opgelegd van € 500.000,- voor overtreding van artikel 35 van de Wmg.

Naar aanleiding van deze boete is aan de respondenten de vraag voorgelegd of men van deze boete en de casus op de hoogte is, of men de boete relevant achtte voor de eigen organisatie en of hieruit ook conclusies zijn getrokken voor de eigen organisatie. De meeste, maar niet alle, respondenten op het niveau van de Raad van Bestuur en de stafmedewerkers zijn op de hoogte van deze boete. Bij medisch specialisten die we hebben gesproken is de boete daarentegen minder bekend.

De definitieproblematiek rond de dagopname speelt in elk ziekenhuis. De respondenten beamen ook de misbruikgevoeligheid van het verschil tussen een poliklinisch bezoek en klinische opname. Men is van mening dat de NZa meer duidelijkheid heeft geschapen over de grens tussen poliklinische en klinische behandeling. Naar aanleiding van de boete is door de betrokken ziekenhuizen nagegaan wanneer een zorgproduct als klinische opname werd geregistreerd en zijn, zonodig, interne richtlijnen aangepast en gecommuniceerd. Geen van de respondenten heeft het standpunt van de NZa ten aanzien van klinische opnames in de gesprekken ter discussie gesteld. Een controller geeft aan dat de boete hem “... bij de les heeft gebracht”, een ander beschrijft zijn reactie als: “Hé, de NZa wordt wakker”.

Zowel in de gesprekken met specialisten als met stafmedewerkers en bestuurders blijkt echter dat met de casus Ommelander Ziekenhuis Groep de definitiekwesaties nog niet zijn opgelost, omdat ook buiten de spoedeisende hulpopnames onduidelijkheid bestaat over

wat als een poliklinisch bezoek en wat als een klinische opname moet worden beschouwd. Een respondent noemt bijvoorbeeld sterilisatie als voorbeeld waarin niet duidelijk is hoe dit moet worden geregistreerd.

Handhavingstijl NZa

Hoewel de respondenten het toejuichen dat de NZa duidelijkheid creëert, vinden zij controles en straffen geen goede vormen van gedragsbeïnvloeding. In de eerste plaats achten zij dit niet nodig, omdat alle respondenten direct bereid zijn hun gedrag aan te passen als de NZa met concrete registratierichtlijnen komt. Zeker nu de DBC-systematiek recent is ingevoerd, wordt een boete als oneerlijk ervaren omdat deze zich richt op één ziekenhuis, terwijl dezelfde problematiek in meerdere ziekenhuizen speelt. “Een boete is dan misplaatst, want we kunnen het nog niet weten, en als wij het verkeerd doen, doen anderen het ook verkeerd. Dus geef me een maand en ik pas het aan”, stelt een specialist.

De respondenten ervaren de NZa vrijwel allen als repressief en zouden de NZa in een meer preventieve rol willen zien. “Terugvorderen is hét woord bij de NZa”, stelt een respondent. “De NZa zou vooraf meer informatie en advies moeten geven”, stelt een ander. “Nu loopt men telkens achter de feiten aan en is de afstand tot het veld te groot”. Respondenten dringen erop aan dat de NZa stuurt op kwaliteit aan de voorkant in plaats van te repareren aan de achterkant. “Het is een partij die je wijst op de regels maar niet een partij waarmee je samen iets onderneemt”, stelt een respondent. Ook DBC-onderhoud ziet men als een ‘producent van tabellen en tarievenlijsten, maar geen adviseur”.

De NZa betreft de belanghebbenden bij het ontwikkelen van beleid, beleidsregels en nadere regelingen. Dat gebeurt door het samenstellen van commissies, zoals de adviescommissies Cure Tweedelijns somatische zorg, waarin (onder meer) de ziekenhuizen, privéklinieken, de medisch specialisten en zorgverzekeraars zijn vertegenwoordigd. Daarnaast zijn eerdergenoemde organisaties vertegenwoordigd in het technisch overleg ter uitwerking van het beleid (NZa 2010). De meeste respondenten (zowel bestuurders als specialisten) hebben echter nooit met de NZa te maken gehad. Dat heeft tot gevolg dat zij de NZa alleen van circulaire kennen. Specialisten associëren de NZa niet met de medische beroepsgroep maar met de Raad van Bestuur. Zoals in de inleiding werd gesteld, bestaat er onder specialisten bovendien weerstand tegen de NZa, omdat men denkt dat de NZa erop uit is de omzet van specialisten te reduceren. Ook bij bestuurders staat de NZa echter niet scherp op het netvlies en ervaart men het weinige contact als sterk geformaliseerd.

Enkele jaren geleden is het systeem van accountmanagers bij de NZa afgeschaft, om ongewenste verwevenheid tussen de NZa en het veld te voorkomen. Dat heeft tot gevolg dat de geïnterviewde zorgbestuurders geen persoonlijke contacten hebben met medewerkers van de NZa. Een van de respondenten noemt de NZa daarom een “instituut zonder gezicht”. Andere stakeholders, zoals de bank, verzekeraar en Inspectie Gezondheidszorg, werken nog wel met accountmanagers. Dat de NZa met individuele partijen voornamelijk door middel van brieven en circulaire communiceert, maakt in de ogen van een van de respondenten wel een verschil. Hij geeft aan dat het persoonlijke contact met de inspecteur van de IGZ, er toe leidt dat hij vaker zaken zal melden, omdat hij de relatie met de inspecteur niet wil beschadigen. “Ik wil niet dat mijn inspecteur belt: waarom heb

je dit niet gemeld. Maar het is toch anders als je een brief krijgt met het verzoek, wilt u ons berichten”, zo stelt hij.

Typerend voor de afstand die men tot de NZa ervaart, is dat vrijwel geen enkele respondent de vraag of een (vermoeden van) overtreding van een ander ziekenhuis zou worden gemeld bij de NZa, bevestigend beantwoordt. Sommige respondenten (meestal staf of bestuurders) hebben wel een dergelijke situatie meegemaakt. Zij kaarten dit aan bij de verzekeraar, maar overwegen niet de NZa te informeren. Ten tijde van de interviews speelde ook een casus van een conflict omtrent declaratie van dermatologische zorg in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. De bestuurders die we over deze casus spraken, keuren de werkwijze van de maatschap dermatologie scherp af, maar beschouwen dit allen als een interne aangelegenheid. De NZa inschakelen bij een dergelijke interne kwestie wordt als een zwaktebod beschouwd.

De respondenten bepleiten dat de NZa zich meer richt op advies vooraf in plaats van handhaving achteraf. Ze zouden de NZa graag zien in de rol van gesprekspartner om de *compliance* ten aanzien van registreren en declareren te verbeteren. Nu moet elk ziekenhuis het wiel apart uitvinden en gespecialiseerde kennis inhuren. Ook is er behoefte aan inzicht in de prioriteiten van de NZa, zoals ook de IGZ thema's vaststelt. Diverse respondenten roepen de NZa dan ook op gemeenschappelijk te zoeken naar oplossingen voor knelpunten in de declaratiepraktijk, bijvoorbeeld door uniforme ondersteunende software als hulpmiddel, maar vooral door in gesprek te gaan met de sector. De dialoog zou niet in het teken moeten staan van het terugvorderen, maar van een verbetertraject met het oog op beter declareren. Een financieel manager: “Alle ziekenhuizen worstelen er mee hoe de zorgadministratie op de juiste wijze in te richten. Wat is de juiste structuur om zorgproducten goed te controleren? Waar moet een accountmanager op letten en welk profiel moet zo'n functionaris hebben? De NZa zou meer guidance moeten geven op implementatie. Minder dirigerend, en meer meespelend. Nu is het wij tegen de NZa in plaats van samen met”.

Een specialist: “De NZa heeft overkoepelend inzicht over wat er in heel Nederland misgaat. Dat zou interessante informatie zijn: gestructureerde terugkoppeling over hun bevindingen, bijvoorbeeld met betrekking tot veelgemaakte fouten”. Ook enkele anderen vragen om nieuwsbrieven met veelgemaakte fouten ten aanzien van de top 10 DBC zorgproducten of andere concrete registratie- en declaratiecasuïstiek.

Naar aanleiding van het gebrek aan contact tussen de NZa en de ziekenhuizen, doen verschillende bestuurders een oproep aan de NZa om bestuurlijk overleg te organiseren. Ze geven aan dat ziekenhuisbestuurders en NZa dezelfde belangen hebben: eenvoudige, ondubbelzinnige regelgeving. De NZa en bestuurders zouden daarom meer aan elkaar kunnen hebben, als de NZa bestuurlijk overleg initieert waarin bestuurders van zorginstellingen ervaringen kunnen uitwisselen over de registratie- en declaratiepraktijk, de uitleg van regelgeving en het voorkomen van incorrecte registraties. Daarin zouden voorbeelden kunnen worden uitgewisseld van *compliance*regelingen en interne controlemechanismen. Ook enkele voorzitters van specialistencollectieven geven aan dat zij een bijeenkomst met de NZa op prijs zouden stellen. Deze voorzitters zijn tot dusver niet bijeengewees, terwijl dit wel nuttig zou zijn. Zowel bestuurders als voorzitters van specialistencollectieven beschouwen het vertalen van de regelgeving van de NZa naar de werkvloer overigens wel als hun verantwoordelijkheid. Zij vinden dat de voorlichting en communicatie van de NZa zich dus op het ziekenhuisbestuur, de financiële directies en de voorzitters van de

medische staf zou moeten richten en niet tot de specialisten zelf. Ook de specialisten lijken niet direct behoefte te hebben aan contact met de NZa.

4 Reflectie

In dit hoofdstuk reflecteren wij op onze bevindingen in het licht van inzichten uit de sociaalwetenschappelijke literatuur over toezicht op regelnaleving. In sociaalwetenschappelijke theorieën over regelnaleving kunnen grofweg twee benaderingen worden onderscheiden: de persoonsgerichte en de situationele benadering.

4.1 *Sociaalwetenschappelijke perspectieven op regelnaleving*

De persoonsgerichte benadering richt zich op de percepties, motieven en capaciteiten van de onder toezicht gestelde instellingen en personen: hun kennis van de regels; de vaardigheden en middelen die ze nodig hebben om regels na te leven; hun houding ten opzichte van de regels, hun normen en waarden en hun inschatting van de controlekans en hun perceptie van de zwaarte van een eventueel op te leggen sanctie. Voorlichting, scholing, en normoverdracht, alsmede afschrikking door dreiging met controles en sancties, zijn in dit perspectief de aangewezen instrumenten van toezicht.

Daartegenover staat de situationele benadering ofwel gelegenheidsbenadering: het bevorderen van regelnaleving door het wegnemen van gelegenheden tot overtreding. Overtredingen worden onmogelijk gemaakt door de volgende vijf strategieën (Benson & Madensen 2007):

- Het moeilijker maken om overtredingen te begaan
- Het verhogen van de kans op ontdekking van overtredingen
- Het verminderen van de opbrengst van regelovertrading
- Het wegnemen van omstandigheden die uitnodigen tot regelovertrading
- Het wegnemen van excuses en neutralisaties die regelovertrading rechtvaardigen

Op het punt van de kans op ontdekking en excuses en neutralisaties overlappen de persoonsgerichte en de situationele benadering elkaar overigens.

De situationele benadering is effectief gebleken bij het bestrijden van verschillende vormen van criminaliteit. Sinds enkele jaren wordt deze benadering ook toegepast op fraude, onder andere in de Verenigde Staten bij declaratiefraude in de medisch-specialistische zorg onder de Amerikaanse Medicaid and Medicare programma's. In deze programma's was de controle van medische declaraties lange tijd weinig intensief en had de specialist min of meer vrij spel bij het declareren, hetgeen gelegenheid bood voor een aantal fraudegevallen. De toepassing van de situationele benadering op deze casus levert diverse nuttige, maar overigens redelijk basale aanbevelingen op (Benson & Madensen, 2007). Ook voor de Nederlandse declaratiepraktijk leidt de situationele benadering tot enkele relevante inzichten.

4.2 *Gelegenheden tot upcoding beperkt*

Vanuit de situationele benadering gezien hebben zich de afgelopen twee jaar in de Nederlandse registratie- en declaratiesystematiek drie grote veranderingen voorgedaan die de gelegenheid tot *upcoding* in belangrijke mate hebben beperkt.

In de eerste plaats is met de invoering van de DOT-systematiek de mogelijkheid om onjuist te registreren afgenomen. Immers er worden verrichtingen geregistreerd, die door

een *groupier* worden afgeleid tot een zorgproduct. Daarmee is de mogelijkheid tot *upcoding* heel sterk beperkt, omdat bij de meeste verrichtingen geen interpretatievrijheid bestaat. Wat nog steeds wel technisch mogelijk is, is het verlenen van zorg die niet noodzakelijk is, het registreren van zorgproducten die in werkelijkheid het geheel niet zijn aangeboden of het registreren van een andere (duurdere) verrichting terwijl in werkelijkheid een goedkopere verrichting is gedaan. Respondenten hebben aangegeven dat het verlenen van zorg die niet noodzakelijk is, door de DOT-systematiek meer wordt aangemoedigd dan in het verleden. Uitgavenplafonds en scherpere inkoop zullen dit weer kunnen afremmen (zie verder).

Overregistreren wordt door de respondenten als een glijdende schaal beschouwd waarbij *upcoding* onderdeel uitmaakt van het grijze gebied tussen 'optimaal' en 'incorrect'. Hetzelfde geldt voor het openen van parallelle DBC's. Echter het registreren van zorgproducten die in werkelijkheid het geheel niet zijn aangeboden of het registreren van duurdere verrichtingen dan die in werkelijkheid hebben plaatsgevonden, wordt door onze respondenten als fraude beschouwd. Daarmee is niet gezegd dat het nooit voorkomt, maar wel dat er in de perceptie van respondenten duidelijk sprake is van normoverschrijdend gedrag. De laatste categorie, het verlenen van zorg die niet noodzakelijk is, vereist vanzelfsprekend een medisch-inhoudelijke inschatting van wat als noodzakelijk moet worden beschouwd. Daarover kan discussie bestaan. Met name het aantal ligdagen wordt vaak genoemd als een voorbeeld van zorg die niet altijd noodzakelijk is. Dit is vanzelfsprekend alleen lonend als het tarief dat hiervoor wordt vergoed, hoger is dan de kosten die worden gemaakt. Hier loont het voor verzekeraars de moeite om door middel van *benchmarks* te onderzoeken welke ziekenhuizen systematisch meer ligdagen registreren en of hier een medisch-inhoudelijke verklaring voor is.

In de tweede plaats is de directe prikkel om maximaal te registreren en declareren sterk afgenomen met het ontstaan van specialistencollectieven, waarbij de honoraria worden verdeeld over maatschappen en specialisten, en door de honorariumplafonds en het uitgavenplafond in de zorg. De opbrengst wordt dus minder. In de derde plaats wordt verwacht dat verzekeraars scherper zullen gaan inkopen en controleren, hoewel dit nog niet merkbaar is in de ziekenhuizen.

Redenerend vanuit de situationele benadering zijn door deze ontwikkelingen de gelegenheden voor *upcoding* beperkt, doordat het enerzijds moeilijker is geworden om incorrect te registreren en het anderzijds minder loont. De respondenten in onze interviews bevestigen dat deze ontwikkelingen de mogelijkheid voor *upcoding* sterk hebben beperkt. Wel erkennen zij dat de kans op onopzettelijke foutieve declaraties groot is, omdat men het systeem nog niet doorgrondt. De gesprekken wekken de indruk dat bestuurders, specialisten en stafmedewerkers van ziekenhuizen het vanzelfsprekend vinden een richtlijn van de NZa (of DBC-onderhoud) na te (doen) leven als deze duidelijk wordt gecommuniceerd. Wel geven diverse respondenten aan dat naarmate het inzicht in het DOT-systematiek groeit, nieuwe wegen van creatief declareren zullen worden ontdekt.

4.3 *Motieven en capaciteit voor naleving*

Hoewel de gelegenheid tot *upcoding* sterk is verminderd met de DOT-systematiek, blijft er natuurlijk de mogelijkheid om al dan niet bewust, zorgactiviteiten incorrect te registreren. Veel van de respondenten ervaren een grijs gebied, waarin "creatief", "lucratief" of "optimaal" registreren en declareren mogelijk is. Zij wisselen hierover onderling ook informatie uit en weten dat anderen de regels gunstig uitleggen. Een

opvallende uitkomst van dit onderzoek is het verschil in opvatting tussen specialisten enerzijds en ziekenhuisbestuurders en financieel managers anderzijds over het voorkomen van overregistratie, in het bijzonder *upcoding*. Waar specialisten *upcoding* als een incidentele fout beschouwen, geven bestuurders en managers vaker aan dat specialisten bewust de grenzen opzoeken en dat het honorarium hierbij een prikkel vormt. Specialisten geven bovendien met name of uitsluitend voorbeelden van registratiefouten ten nadele van het ziekenhuis en benadrukken dat voor zover incorrect of 'creatief' wordt gedeclareerd, dit om kleine bedragen gaat, zonder dit overigens te kunnen staven.

Uit dit onderzoek blijkt dat de kans op detectie van overregistraties van zorgproducten door onze respondenten als zeer gering wordt beschouwd, als gevolg van een als zeer beperkt ervaren externe controle. De NZa beschouwt men niet als reële dreiging. Onze indruk is dat de NZa meer aan controle doet dan de respondenten inschatten. Informatie hierover zou kunnen leiden tot een hogere gepercipieerde pakkans, maar anderzijds is een te zeer op controle gerichte communicatiestijl niet gewenst.

Ook de controle vanuit de verzekeraar en accountant ervaart men op dit moment als beperkt, hoewel een verscherping wordt verwacht. Bovendien leidt die slechts tot een correctie en niet tot een straf. Wel beschouwen de meeste respondenten de controle vanuit de verzekeraar en accountant als terecht en zijn zij bereid strengere controles te accepteren. Ook geven respondenten aan dat sommige verzekeraars de rol van adviseur op zich nemen, terwijl andere verzekeraars primair op het opsporen en terugvorderen zijn gericht. Men juicht een adviesrol van de verzekeraar juist toe.

Vrijwel alle ziekenhuizen maken gebruik van externe bureaus die *benchmarks* en adviezen geven voor de registratie- en declaratiepraktijk. Het motief hiervoor is primair het voorkomen van zwevende verrichtingen. Hoewel de analyses twee kanten op kunnen gaan en zowel onder- als overregistratie kunnen uitwijzen, is opvallend is dat een aantal respondenten adviezen heeft ontvangen die men te ver vond gaan en niet heeft overgenomen. De belangrijkste corrigerende factor is op dit moment de interne controle in de ziekenhuizen zelf. Interne controle is ook effectief omdat deze direct *feedback* geeft. Hoewel alle ziekenhuizen, op last van de accountant, aan interne controle doen, varieert de intensiteit waarmee dit gebeurt, de competentie van de interne controle-afdelingen en de beslissingsvrijheid van specialisten bij afwijkingen. Opvallend is dat er in het huidige systeem weinig prikkels zijn voor ziekenhuizen om in interne controle te investeren, terwijl dit alleen maar geld kost, zowel in controle-fte als in het tegengaan van overregistratie. Een Raad van Toezicht die hier kritisch op is, is een bevorderende factor. Het is ook opmerkelijk dat juist ziekenhuismanagers die van buiten de zorg komen, extra interne controle noodzakelijk achten.

Buiten de interne controle lijkt het correct registreren en declareren op dit moment in sterke mate afhankelijk van de motivatie, kennis en kunde van de specialist met betrekking tot het registratiesysteem om goed in te voeren. Met andere woorden, voor zover er een keuzevrijheid is om de registratie- en declaratieregels na te leven of te overtreden, is naleving vrijwillig en niet onder invloed van handhaving. De naleving is dus in sterke mate afhankelijk van de intrinsieke motivatie van degene die registreert.

Intrinsieke motivatie is een belangrijke bron van naleving, maar een sterk beroep op individuele motivatie vereist wel een krachtig gedeeld normenkader zonder excuses voor overtredingen. De gesprekken die in het kader van dit onderzoek zijn gevoerd, wekken de

indruk dat dit normenkader voor wat betreft *upcoding* nog niet is uitgekristalliseerd. Is *upcoding* strategisch gedrag en een vorm van optimalisatie die past in een systeem van marktwerking (je moet geen geld laten liggen) of is het ongewenst en niet integer? Die vraag wordt door de respondenten niet eenduidig beantwoord. Op dit moment geldt het veelvuldige onderregistreren bovendien als een belangrijk 'excuus'.

In situaties waarin gedeelde normen ontbreken zijn er twee manieren om naleving te bevorderen: door handhaving en bestraffing, of door voorlichting, *guidance* en *compliance assistance*. Handhaving is arbeidsintensief, kostbaar voor zowel de handhaver als de onder toezicht gestelde en wekt veel weerstand, waardoor het de vrijwillige naleving ondermijnt en strategisch gedrag uitlokt. Voorlichting heeft daarentegen soms tot nadeel dat het te vrijblijvend is. De meeste theorieën over toezicht (zoals *Responsive regulation* (Ayres & Braithwaite, 1992) en *Problem Based enforcement* (Sparrow, 2000) bepleiten dan ook een opbouw van voorlichting naar handhaving (de zgn. handhavingspiramide).

De doelgroep bevindt zich op dit moment in het stadium dat men veel onbewuste fouten maakt. De respondenten in dit onderzoek wekken de indruk dat ze behoefte hebben aan duidelijke regels en dat ze bereid zijn informatie over veelvoorkomende fouten en misverstanden tot zich te nemen en op te volgen. De interviews suggereren tegelijk dat in de komende jaren de kans op bewust foutief declareren zal toenemen, als men zich het systeem beter eigen heeft gemaakt. Daarom blijft controle van belang. Interne controle lijkt effectief, mits hierin voldoende wordt geïnvesteerd. Daarom is ook de *tone at the top* en actieve betrokkenheid van de Raad van Bestuur en ook de Raad van Toezicht van belang.

5 Conclusies

In dit hoofdstuk trekken wij enkele conclusies op basis van onze bevindingen en in het licht van de onderzoeksvragen. De hoofdvraag van het onderzoek luidt:

Wat is de nalevingsbereidheid van medisch specialisten, bestuurders en andere medewerkers binnen ziekenhuizen ten aanzien van de declaratievoorschriften (in de zin van de Wmg)?

Bij het beantwoorden van deze vraag hebben wij aandacht besteed aan de kennis en het begrip van de geldende voorschriften, de motieven en gelegenheden van betrokkenen om de voorschriften na te leven dan wel te negeren en de inspanningen die betrokkenen leveren om de voorschriften na te leven. Steeds hebben wij hierbij getracht doelgroepen te onderscheiden om ordening aan te brengen in de variëteit aan opvattingen met betrekking tot de declaratiepraktijk.

1. Medisch specialisten en ziekenhuismedewerkers kunnen over het algemeen beter uit de voeten met de gewijzigde DBC-systematiek (DOT). Daarmee is echter nog niet vanzelfsprekend dat conform de voorschriften wordt geregistreerd en gedeclareerd. De voorschriften roepen namelijk in veel gevallen (interpretatie)vragen op die aanleiding kunnen geven tot invoer- of afleidingsfouten, met alle (financiële) gevolgen van dien (bijv. onderregistratie). Daarnaast is er ook sprake van typische slordigheidsfouten. Interne controles en uitval uit de *groupen* betekenen vervolgens arbeidsintensieve hersteloperaties. Hierbij dient in acht te worden genomen dat men nog maar kort werkt met de gewijzigde systematiek. Veel ziekenhuizen zijn bezig het registratieproces te verbeteren, onder andere om onderregistratie te voorkomen. Het jaar 2012 moet dan ook worden beschouwd als een gewenningsfase of overgangsjaar.
2. Dit wordt nog eens versterkt doordat de voorschriften, althans in de beleving van respondenten, vaak en ingrijpend worden gewijzigd, zonder dat dit in de beleving van de direct betrokkenen gepaard gaat met praktijkgerichte voorlichting en scholing, en terwijl er relatief weinig tijd wordt gegund voor de implementatie van die wijzigingen. Ook sluiten de voorschriften onvoldoende aan bij nieuwe ontwikkelingen in de zorg. Een en ander doet afbreuk aan de bereidheid van betrokkenen om zich de voorschriften eigen te maken. De respondenten lijken wel bereid informatie over veelvoorkomende fouten en misverstanden tot zich te nemen en op te volgen.
3. Een aantal risicofactoren draagt bij aan het maken van fouten bij de registratie en declaratie van zorgactiviteiten. Bijvoorbeeld de mate waarin het automatiseringssysteem de registratie ondersteunt door middel van voorgeprogrammeerde opties, de gelegenheid die er op een afdeling is om registraties rustig in te voeren, de mate waarin vergelijkbare behandelingen worden toegepast of degenen die invoeren (arts of assistent). Ook maakt het verschil of de specialisten in loondienst zijn of vrij gevestigd, in het laatste geval in de registratie- en declaratiediscipline doorgaans hoger. Dit beeld geldt ook de voor ZBC's.

4. Ziekenhuisbestuurders en medisch specialisten vinden de DOT-systematiek niet bijzonder transparant. Het is hen op voorhand niet duidelijk welk zorgproduct de *grouper* zal afleiden en dat bemoeilijkt hun organisatie en planning van de bedrijfsvoering.
5. De respondenten vinden de verschillende maatregelen die de NZa en DBC-Onderhoud treffen om het veld tijdig vertrouwd te doen raken met de (gewijzigde) registratie- en declaratievoorschriften niet afdoende. Het antwoord dat zij krijgen op hun vragen is naar hun mening onvoldoende bruikbaar en laat te lang op zich wachten. Meer in het algemeen ervaren zij een kloof tussen de dagelijkse ziekenhuispraktijk en de wereld van het beleid en regelgeving. *Controllers* en medisch specialisten wenden zich dan ook tot collega's voor informatie en advies of winnen die extern in. Externe partijen leveren echter in sommige gevallen adviezen die door respondenten als te vergaand worden beschouwd en die overigens niet altijd worden overgenomen.
6. Een aantal recente kostenbeheersingsmaatregelen in de zorg hebben tot gevolg dat het directe verband tussen registreren en declareren en het inkomen is komen te vervallen. In de beleving van respondenten is hiermee de prikkel tot incorrect registreren verminderd. Meer in het bijzonder zijn hierdoor de mogelijkheden tot *upcoding* verminderd. Zo zijn er sluitende prestatie-afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars, zijn er specialistencollectieven in het leven geroepen en is er een honorariumplafond ingevoerd voor medisch specialisten. Ook het hoofdlijnenakkoord remt de groei van de kosten in de zorg. Verder wordt verwacht dat zorgverzekeraars strenger zullen gaan controleren, omdat hun risico-aandeel is toegenomen. Tot slot wordt de DOT-systematiek, als een gesloten en geautomatiseerd systeem, (vooralsnog) als minder misbruikgevoelig beschouwd. Met andere woorden, de gelegenheid tot *upcoding* is beperkt: het loont minder de moeite en is lastiger geworden.
7. De bereidheid tot naleving van de registratie- en declaratievoorschriften is onder respondenten op zichzelf genomen hoog. Ziekenhuisbestuurders, *controllers* en medisch specialisten wijzen overdeclareren, in de zin van onnodige, niet verleende of te dure zorg, krachtig af. Deze norm is onomstreden. De boete die is opgelegd aan de Ommelander Ziekenhuis Groep heeft wat dit betreft de norm nog eens duidelijk gemarkeerd. Ook geeft men aan bereid te zijn tot aanpassing van de registratiewijze indien de NZa een andere uitleg geeft aan een concrete casus dan het ziekenhuis. Deze conclusie wordt ook ondersteund door het feit dat keuzes met betrekking tot het registreren van zorgproducten met de verzekeraar worden afgestemd.
8. Niettemin belemmert de gepercipieerde onduidelijkheid van de registratie- en declaratievoorschriften een optimale naleving. Uit het onderzoek komt immers naar voren dat er sprake is van zowel onderregistratie als overregistratie, waaronder *upcoding*. In het eerste geval worden reeds verrichte zorgactiviteiten om uiteenlopende redenen niet of niet goed geregistreerd. In het tweede geval worden die zorgactiviteiten geregistreerd die het meeste financieel voordeel opleveren. De registratie- en declaratievoorschriften bieden daartoe de ruimte. Een deel van de respondenten neemt die ruimte en voelt zich daartoe vrij en gelegitimeerd, onder andere omdat ook veel onderregistratie plaatsvindt. Een ander deel kiest om meer principiële redenen voor een beperktere uitleg van de voorschriften. In het verlengde hiervan is een verschil waar te nemen tussen de ziekenhuisbestuurders en *controllers* enerzijds en

medisch specialisten anderzijds in de beleving van de naleving van de registratie- en declaratievoorschriften. Waar de eerste groep erkent dat foutief registreren en declareren (in het bijzonder *upcoding*) wel degelijk voorkomt, stelt de andere groep dat het slechts om incidenten gaat.

9. De verzekeraars zijn de natuurlijke overlegpartner van de ziekenhuizen als het gaat om keuzes die gemaakt kunnen worden bij registratiekwesties. De handhavingstijl van de NZa ervaart men als repressief en niet op overleg gericht. Zorgbestuurders missen in de NZa een partner die samen met hen de compliance verbetert en waarmee men gezamenlijk oplossingen zoekt.
10. Uit dit onderzoek blijkt dat de kans op detectie van incorrecte registraties zorgproducten door onze respondenten als zeer gering wordt beschouwd, als gevolg van een als zeer beperkt ervaren externe controle. De NZa beschouwt men niet als reële dreiging. Ook de controle vanuit de verzekeraar en accountant ervaart men op dit moment als beperkt, hoewel een verscherping wordt verwacht. De belangrijkste corrigerende factor is op dit moment de interne controle in de ziekenhuizen zelf. Daarnaast lijkt het correct declareren op dit moment in sterke mate afhankelijk van de motivatie, kennis en kunde van de specialist met betrekking tot het declaratiesysteem om goed in te voeren.
11. Hoewel alle ziekenhuizen, op last van de accountant, aan interne controle doen, varieert de intensiteit waarmee dit gebeurt, de competentie van de interne controleafdelingen en de beslissingsvrijheid van specialisten bij afwijkingen. Interne controles, gesteund door een eenduidige boodschap vanuit de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht van het ziekenhuis, geven snelle en betrouwbare *feedback* over foutieve registraties. Bovendien ligt de verantwoordelijkheid dan bij het primaire proces. Interne controles vereisen echter forse investeringen van ziekenhuizen in systemen, formatie en competenties. Opvallend is dat er in het huidige systeem weinig prikkels zijn voor ziekenhuizen om in interne controle te investeren. Op dit moment ligt bij veel ziekenhuizen de prioriteit bij het beheersen van onderregistratie. Een substantieel deel van de respondenten ervaart niet dat aandacht voor correct registreren speciaal onderdeel is van de *governance* van het ziekenhuis.

Bijlage 1: Geraadpleegde publicaties

Ayres, I. en J. Braithwaite (1992). *Responsive Regulation. Transcending the deregulation debate*. Oxford: University Press.

Benson, M.L. and Madensen, T. (2007). Situational Crime Prevention and White-Collar Crime, pp. 609-626. In H. Pontell, and G. Geis, eds., *International Handbook of Corporate and White Collar Crime*. New York: Springer.

Bruins Slot, H., P. Mokveld en B. Geerdes (2008). Veel switchen ondergraaft het DBC-systeem. Nederlandse ziekenhuizen registreren en declareren verschillend. *Medisch Contact* 63 no. 3, 18 januari 2008, pp. 114-118.

Cuppen, B. (2011). *Mogelijkheden voor creatief declareren en upcoding binnen het DOT-systeem*. Masterscriptie.

Hassaart, F. (2011). *Incentives in the Diagnosis Treatment Combination payment system for specialist medical care. A study about behavioral responses of medical specialists and hospitals in the Netherlands*. Dissertatie. Universitaire pers Maastricht.

Nederlandse Zorgautoriteit (2010). Regeling Adviescommissies NZa.

Sparrow, M. (2000). *The Regulatory Craft, Controlling Risks, Solving Problems, Compliance and Managing Compliance*. Brookings Institution Press

Relevante brochures en persberichten van de NZa en DBC Onderhoud, boetebesluiten NZa Ommelander ziekenhuis en Eurosmile.

Bijlage 2: Gesprekspuntenlijst

*Doelgroepenanalyse declaratiepraktijk medisch specialistische zorg
Gesprekspuntenlijst, versie 09-10*

Introductie

- Toelichting op aanleiding en doel onderzoek: in opdracht van de NZa. Niet de bedoeling om overtredingen op te sporen, maar om meer te weten te komen hoe zorgaanbieders de regelgeving omtrent correct declareren in de praktijk ervaren, welke motieven zij hebben om die regelgeving na te leven en welke belemmeringen zij ondervinden bij de naleving. Ook richt het onderzoek zich op de vraag hoe het toezicht, handhaving en communicatie daaromtrent door de NZa door de zorginstellingen wordt beleefd. Zonodig verwijzen naar aanbevelingsbrief NZa.
- Toelichting op verwerking gegevens: als respondent blijft u anoniem, gespreksverslag niet naar NZa, in rapportage alleen geaggregeerd niveau, niet herkenbaar/herleidbaar.
- Vragen? Duidelijk? Akkoord?
- Wij beginnen met een aantal vragen over de duidelijkheid en begrijpelijkheid van de declaratievoorschriften, vervolgens over de haalbaarheid en uitvoerbaarheid van die voorschriften en ten slotte over het toezicht, handhaving en communicatie daaromtrent door de NZa.

Plaatsbepaling

- Wat is uw functie? In welk type zorginstelling bent u werkzaam?
- Bent u als specialist werkzaam in loondienst of in maatschapsverband?
- In hoeverre bent u bekend met de NZa? Heeft u recent te maken gehad met een toezicht-activiteit van de NZa? Waar ging het om? Wanneer speelde dat?

Kennis en begrip declaratievoorschriften

Het onderwerp registreren en declareren is in de zorgsector sterk in ontwikkeling. Veel ziekenhuizen zijn bezig beter greep te krijgen op de geregistreerde zorg om daarmee de inkomsten beter te kunnen beheersen. Wellicht speelt dat ook bij u. In dit gesprek wil ik graag met u spreken over de afwegingen die u maakt bij declareren van zorgproducten en de mate waarin u regelgeving m.b.t. declareren belangrijk, duidelijk, rechtvaardig en arbeidsintensief acht.

- Kunt u mij om te beginnen heel in het algemeen aangeven of u het declareren van zorgproducten als een gemakkelijke taak ervaart of dat u hierbij veel problemen ondervindt? *Toelichting vragen:* waarom gemakkelijk, wat zijn de belangrijkste problemen en wordt er iets gedaan om die problemen op te lossen.
- Op welke concrete punten bestaat onduidelijkheid en waarom?
- In hoeverre zijn de declaratie voorschriften onduidelijk en onbegrijpelijk? Welke onderdelen?
- Welke belemmeringen ervaart u (als u probeert) om de voorschriften na te leven?
- Wat heeft u gedaan om belemmeringen weg te nemen? In hoeverre heeft u lacunes in de regelgeving aangekaart bij de NZa?
- Op welke kennis over de declaratievoorschriften doet u een beroep?
- Hoe (via welke informatiebronnen) raakt u op de hoogte van wat er speelt rondom de declaratiepraktijk?
- Welke rol spelen *benchmarks* met andere vakgroepen?
- In hoeverre laat u zich adviseren door gespecialiseerde bureaus? Welke adviezen hebben ze u gegeven?

- Spreekt u hierover met uw vakgenoten? Kunt u concrete casus noemen?
- Hoe ervaart u in dit verband de voorlichting (*guidance, voorlichtingsbijeenkomsten*) door de NZa en welke verwachtingen heeft u daarover?
- Kunt u terecht bij de NZa met vragen? In hoeverre kunt u uit de voeten met het antwoord op uw vragen?

Motieven en gelegenheden irt naleving declaratievoorschriften

- Acht u zichzelf (of uw medewerkers) in staat om in te schatten waar de grens ligt tussen geoorloofde en ongeoorloofde declaraties? Zo ja, waar ligt die?
- Er kunnen situaties zijn waarbij u er voor kiest een andere verrichting of handeling te registreren dan in werkelijkheid is verricht. Herkent u dat soort situaties? Spelen die bij u ook? Kunt u voorbeelden geven? Wat zijn precies de motieven? (*Vervolgvrage*: in zo'n situatie moet eigenlijk afstemming plaatsvinden met verzekeraar en DBC onderhoud, gebeurt dat?)
- Als er de keuze is tussen een eenvoudige en uitgebreide behandeling, is het denkbaar te kiezen voor de uitgebreide behandeling. Herkent u dat soort situaties? Spelen die bij u ook? Kunt u voorbeelden geven? Wat zijn precies de motieven?
- Als u vindt dat voor een bepaalde verrichting de vergoeding te laag is, bent u dan bereid een andere verrichting te registreren?
- In welke gevallen vindt u het toelaatbaar dat de declaratie afwijkt van de werkelijk verrichte zorg? Wanneer is volgens u sprake van fraude?
- Welke keuze maakt u als er twijfel bestaat over de juiste DBC-code (hoog/laag/overleg) en waarom maakt u die keuze?
- In hoeverre wordt het correct declareren ondersteunt door software en zo ja, hoe?
- Is er sprake van overleg of informatie-uitwisseling met collega's, beroepsvereniging of brancheorganisatie over de wijze van declareren en zo ja, hoe?
- Is er sprake van sturing door derden (zo ja, wie) over de wijze van declareren en hoe gaat u daar mee om?
- In hoeverre voelt u een verantwoordelijkheid voor het correct declareren?
(*Vervolgvrage*:) U bent ook verantwoordelijk voor de inkomsten. Hoe gaat u om met dit spanningsveld?

Inspanningen mho naleving declaratievoorschriften

De NZa heeft enige tijd geleden een boete opgelegd aan ziekenhuis De Ommelanden en de tandartsenpraktijk Eurosmile vanwege declaraties die de NZa in strijd achtte met de regelgeving.

- Bent u bekend met deze casus en de inhoud van deze boetes?
- Acht u de boetes relevant voor uw organisatie?
- Zo ja, heeft u hieruit ook conclusies getrokken voor uw eigen organisatie? Welke?
- Zo nee, waarom niet?
- Welke mogelijkheden ziet u om niet toegestane vormen van declareren te voorkomen?
- Vindt u dat dit voorkomen zou moeten worden? Waarom wel/niet?
- Heeft u hiervoor maatregelen genomen in uw instelling? Beschikt de instelling over een *compliance* regeling op dit punt?
- Lopen er in uw organisatie projecten t.a.v. de registratie en declaratie van zorg en/of zijn er bepaalde afdelingen mee belast? Wat is het doel hiervan?
- Welke andere maatregelen zijn denkbaar?
- Welke rol speelt de Raad van Toezicht in uw organisatie op dit punt?
- Welke rol speelt de directeur bedrijfsvoering/financiën? Of de interne accountant?

- Welke rol speelt de zorgverzekeraar in dit verband of DBC-onderhoud?
- Ziet u voordelen in het naleven van de regels? Dat wil zeggen: financiële, sociale of maatschappelijke voordelen? (*We bedoelen dan niet: het voorkomen van een boete, maar of er baten zijn verbonden aan naleving of voordelen aan niet-naleving*).
- In hoeverre denkt u dat *andere* ziekenhuizen correct declareren?
- Wat vindt u daarvan?
- *Aan bestuurders of leidinggevenden*: Hebt u zicht op de naleving van de declaratieregels door maatschappen in uw ziekenhuis, zo ja hoe? In hoeverre acht u zich hiervoor verantwoordelijk?
- Als u zou vermoeden dat een andere instelling de regels overtreedt, ziet u het dan als een plicht/verantwoordelijkheid om dit te melden? Zo ja, aan wie?
- Zou u een branchegeenoot rechtstreeks aanspreken indien deze de regels overtreedt?

Toezicht en handhaving declaratievoorschriften

- Hoe schat u de kans in dat de NZa uw instelling controleert?
- Als binnen een zorginstelling niet correct wordt gedeclareerd, hoe groot schat u de kans in dat dit wordt ontdekt en dat er wordt gesanctioneerd?
- Hoe zwaar denkt u dat er gesanctioneerd wordt?
- Wat vindt u dat in zo'n geval moet gebeuren: correctie of bestraffing?
- Heeft een boete naast deze directe kosten nog andere gevolgen: financiële, reputationele, maatschappelijke en sociale?
- Is uw indruk dat de NZa bij het toezicht en de handhaving zorgvuldig te werk gaat?
- Hebt u de indruk dat de NZa in haar communicatie voldoende inzicht toont in de zorgsector? In hoeverre ervaart u een ontwikkeling op dit vlak?
- Wat zou de NZa nog kunnen verbeteren?

Afronding

- Is er verder nog iets dat u zou willen opmerken?

Dank voor uw medewerking.

Colofon

Oprachtgever Nederlandse Zorgautoriteit

Auteurs Dr. J. van Erp; Mr. A.G. Mein

130107,

D3007331am/jd

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2013

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut.

Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.

The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute.

Partial reproduction is allowed, on condition that the source is mentioned.