

Van schakel naar keten werkt!



**Bestuurlijke verantwoording
programma Declaratiecasus 2004 - 2006**



Van schakel naar keten werkt!

**Bestuurlijke verantwoording
programma Declaratiecasus 2004 - 2006**

1 oktober 2006

Inhoud

Inleiding	3
Waarom een programma?	4
Programmadoelen	6
Programmaresultaten	7
Overdracht aan regieorganisatie	15
Bijlage:	
Projectorganisatie	17

Inleiding

Jaarlijks sturen duizenden zorgaanbieders miljoenen declaraties voor medische behandelingen naar de zorgverzekeraars. Tot enkele jaren terug gebeurde dit vooral nog via papieren nota's. Het verwerken van de nota's kostte veel tijd en dus menskracht. Gemiddeld viel 5 procent van de declaraties uit op grond van onjuiste patiëntgegevens, tarieven, codes, ontbreken van een machtiging of andere zaken. De zorgverzekeraar stuurde deze foutieve nota's terug naar de zorgaanbieder die de gegevens moest controleren, aanpassen en opnieuw indienen.

Op diverse plekken in de zorg ontstonden in de negentiger jaren initiatieven om het hele declaratieproces te baseren op elektronische berichtenuitwisseling: van het indienen van een declaratie (eerste nog op schijf, CD of tape en later via de digitale snelweg van internet) tot en met de afhandeling van de declaratie. Deze initiatieven waren succesvol, maar stuitten op hun grenzen door gebrek aan uniformiteit in het gebruik van patiëntgegevens, codes en tarieven of gebrek aan medewerking van collega-zorgverleners of verzekeraars. Het was voor alle betrokken partijen duidelijk dat er veel winst te halen was door het hele declaratieproces elektronisch te laten verlopen, maar er was een nieuw initiatief nodig om de volgende stap te zetten.

Het ministerie van VWS heeft toen aan het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) gevraagd een studie te doen naar de mogelijkheden voor het terugdringen van de administratieve lasten in het declaratieverkeer in de zorg. Dit leidde tot het programma Declaratiecasus. In het programma werkten partijen uit de zorg samen om het elektronisch declaratieverkeer verder uit te rollen, de standaardisatie verder door te voeren en op een aantal punten uniformiteit te vergroten. Uit een becijfering van het besparingspotentieel door KPMG BEA bleek, dat deze jaarlijks tussen de 80 tot 132 euro zou bedragen¹. Een aantrekkelijk perspectief voor partijen in de zorg om mee te werken aan de uitvoering van het programma. Zeker na de toezegging van het ministerie van VWS dat gerealiseerde besparingen door het veld voor de sector behouden zouden blijven. Het programma startte begin 2004 met de ambitieuze hoofddoelstellingen: 100 procent elektronisch declareren voor het declaratieverkeer van zorgaanbieder naar zorgverzekeraar, met een uitval van maximaal 1 procent te realiseren per 1 januari 2006. Deze bestuurlijke verantwoording van het programma geeft inzicht in het verloop van het programma en de behaalde resultaten.

¹ Herevaluatie Declaratiecasus, KPMG BEA, 31 juli 2003

Waarom een programma?

De studie van het CVZ naar de verbetermogelijkheden van het declaratieverkeer bracht een groot aantal oorzaken aan het licht die het realiseren van maximaal elektronisch declareren met minimale uitval in de weg stonden. Een aantal was al door het veld herkend en had geleid tot initiatieven voor verbeterplannen. Deze waren veelal gericht op deelprocessen. Niemand keek naar het totale declaratieproces van moment van indienen van een declaratie tot en met de uitbetaling, inclusief de daaraan gekoppelde standaarden, codestelsels en systemen. Dit noemen we in deze rapportage 'De declaratieketen'.

Wat ging er zoal 'fout' in de declaratieketen?

- Zorgverleners en zorgverzekeraars bleken overeengekomen declaratiestandaarden niet eenduidig te implementeren en gebruiken. Standaarden geven de spelregels voor het declaratieverkeer aan.
- In de zorg wordt gewerkt met diverse codestelsels, bijvoorbeeld voor hulpmiddelen. Deze ontwikkelde stelsels bleken in de praktijk deels gedateerd omdat gebruikers er inmiddels andere eisen aan stellen. Ook het beheer van een aantal stelsels bleek voor verbetering vatbaar: van een aantal codestelsels was bijvoorbeeld onduidelijk wie verantwoordelijk was voor het beheer.
- Voor het elektronisch declaratieverkeer is het uniform hanteren van overeengekomen standaarden essentieel. In de praktijk bleek, dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders regelmatig eigen interpretaties hanteerden en afweken van de standaard.
- Er was geen regisseur of afstemmingsoverleg die de releases van nieuwe standaarden begeleidde. Gevolg was dat er met verschillende versies werd gewerkt wat weer tot onnodige uitval van declaraties leidde.
- Verschillen van inzicht in de toepassing van standaarden of codestelsels tussen zorgverleners en zorgverzekeraars leidden vaker tot 'by-passes' rond de afgesproken standaard dan tot consensus over een noodzakelijke gemeenschappelijke aanpassing. Er ontbrak een overlegorgaan/scheidsrechter voor het bespreken van deze geschillen.
- In de besluitvorming over beleidswijzigingen bestond onvoldoende aandacht voor de operationele gevolgen en de benodigde implementatietijd van de beleidsaanpassingen. Dit leidde tot verschillende implementatietermijnen in het veld. Partijen in het veld werkten tegelijkertijd met verschillende beleidsregels wat weer tot verwarring en fouten kon leiden.
- De participatiegraad van betrokken partijen bij verbeterinitiatieven was wisselend. Niet iedereen deed mee. De voordelen van veranderingen waren voor hen niet altijd duidelijk. Er heerste wantrouwen over de bestemming van eventuele opbrengsten: werden die gekort op de sector? Leidden ze tot lagere

tarieven? “De opbrengst komt toch vooral bij verzekeraars terecht. Waarom zou ik daaraan meewerken.”

- De wet- en regelgeving was niet toegesneden op digitaal declaratieverkeer. Met het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) en College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) is overlegd over de veranderingen die het elektronisch declaratieverkeer met zich meebrengt. Beide toezichtorganen staan positief ten opzichte van het elektronisch declareren. Er zijn geen belemmeringen meer die het elektronisch declaratieverkeer in de weg staan.
- Een ketenbenadering vraagt om eenheid van taal en structuur (interoperabiliteit) tussen de verschillende partijen in de keten. Systemen kunnen nog onvoldoende met elkaar communiceren en daarom onvoldoende gebruik maken van elkaars gegevens. Dezelfde gegevens (bijvoorbeeld van een patiënt) moeten daarom in meerdere systemen worden ingevoerd. Het risico van fouten bij deze invoer is reëel. Als systemen rechtstreeks kunnen putten uit authentieke, unieke bronnen (bijvoorbeeld het Gemeentelijke Basisadministratie persoonsgegevens, GBA), vervalt het risico van foute invoer.

De probleemanalyse maakte duidelijk wat nodig was voor een structurele verbetering van de declaratieketen:

- een centrale aansturing,
- door een platform met een breed draagvlak in het veld,
- die een aanpak langs meerdere sporen ontwikkelt,
- op basis van samenwerking en vertrouwen.

Het programma moest centrale sturing geven aan processen die door het veld zelf waren gestart en die na afloop van het programma ook weer door de sector zouden worden overgenomen. Het ministerie van VWS nodigde belangenorganisaties van zorgverleners, zorgverzekeraars, de beleidsorganen CVZ en CTZ, en NICTIZ (Nationaal ICT instituut in de zorg) uit om in het programma zitting te nemen. Het ministerie koos bewust voor zelfregulering en niet voor het opleggen van verplichtingen. Dit laatste strookte niet met het nieuwe wettelijke kader van de Zorgverzekeringswet.

Programmadoelen

Via een integraal pakket van verbeterplannen beoogde het programma Declaratiecasus het declaratieverkeer per 1 januari 2006 voor 100 procent elektronisch te laten verlopen met een uitval van minder dan 1 procent. De verbeterplannen richtten zich op de vijf sporen:

1. Effectief gebruik van standaarden. Partijen werken allemaal met dezelfde standaarden voor declaratie- en retourberichten, inclusief de verschillende beveiligingsstandaarden.
2. Effectieve logistiek. Er komt één neutraal declaratieportaal waarlangs alle declaratietransacties tussen zorgverzekeraars en zorgverleners plaatsvinden.
3. Effectief codebeheer. Codestelsels worden beter afgestemd op de behoeften van de gebruikers en er komen heldere afspraken over wie verantwoordelijk is voor het beheer.
4. Effectieve randvoorwaarden.
 - Aan het implementeren van beleidsregels wordt een realistisch tijdpad gekoppeld dat wordt opgesteld in samenspraak met betrokken organisaties.
 - Certificering van berichten. Primaire vereisten voor een optimaal elektronisch declaratieverkeer zijn standaardisatie en uniforme afspraken. Het verschil in benadering van bijvoorbeeld machtigingen, eigen bijdragen en maximale vergoedingsbijdragen leidde regelmatig tot afwijzing van berichten.

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars zouden per zorgveld afspraken maken over de noodzakelijke verbeterpunten en het implementatietraject wat daar bij hoort. Deze afspraken zouden in de vorm van een convenant bindend verklaard worden voor de betreffende sector.

Programmaresultaten

Het programma Declaratiecasus heeft in een periode van ruim 2 ½ jaar een impuls gegeven aan een aantal verbeterprocessen rond het declaratieverkeer in de zorg. Via het programma zijn belangrijke voorwaarden geschapen voor de introductie van de nieuwe Zorgverzekeringswet en de nieuwe financieringssystematiek van de huisartsen. Effecten die bij aanvang van het programma niet expliciet als doelen geformuleerd waren. Ook heeft het programma geleid tot het inzicht dat implementatie van veranderingen of invoering van aangepaste standaarden/beleidsregels net zoveel aandacht behoeven als het ontwikkelen van beleid. Door de onverwachte omvangrijke effecten van 'externe ontwikkelingen' is een aantal doelen van het programma nog niet volledig behaald.

Proces van bewustwording

De eerste fase van het programma stond vooral in het teken van bewustwording van de noodzaak van een integrale aanpak bij de deelnemers aan het programma. Dit proces verliep qua tempo niet voor iedereen gelijk. Bij de zorgverzekeraars stond het verbeterprogramma al snel structureel op de agenda. Het programma bood mogelijkheden tot verbetering van hun core business. Bij zorgverleners en met name de beleidskoepels stond het elektronisch declaratieproces lange tijd niet hoog op de prioriteitenlijst. De operationele knelpunten die ontstonden door de invoering van DBC's (Diagnose Behandel Combinatie), de nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsen en het nieuwe zorgstelsel (hoge verzekerdenmobiliteit) hebben hier snel verandering in gebracht. Dat geldt ook voor de overheid. Het declaratieverkeer kreeg eind 2005/begin 2006 de status van 'politiek gevoelig issue' en dat leidde tot verhoogde aandacht bij alle partijen voor het oplossen van structurele en operationele knelpunten in het declaratieverkeer.

Het direct bij elkaar brengen van verantwoordelijken voor het declaratieverkeer bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders in taskforces per zorgsoort heeft veel bijgedragen aan het oplossen van problemen. Een belangrijke stap daarbij was dat betrokkenen concreet inzicht hadden in het proces van declareren over de schakels van de keten heen.

Realisatie programmadoelen

Effectief gebruik van standaarden

Alle partijen hebben de verplichting op zich genomen om met dezelfde standaarden te werken voor COV (Controle op Verzekeringsrecht),

declaratieberichten en retourberichten. Eind 2005 is een nieuw COV-bericht ontwikkeld dat is aangepast aan de nieuwe Zorgverzekeringswet en de invoering van het Burgerservicenummer (BSN). Zorgverleners kunnen in dit bericht zien bij welke verzekeraar de patiënt verzekerd is, zowel voor de basisverzekering als de aanvullende verzekering. Alle zorgverzekeraars die de basisverzekering mogen uitvoeren ondersteunen dit nieuwe COV-bericht en het moet ingebouwd worden in de informatiesystemen van alle zorgverleners.

De aanstaande invoering van het BSN is aangegrepen om alle declaratiestandaarden in de zorg te uniformeren. Zorgverzekeraars hebben toegezegd deze standaarden allemaal te ondersteunen, inclusief de bijbehorende retourinformatie. De koepels van zorgverzekeraars en zorgverleners maken samen afspraken over het uit te voeren implementatietraject. In 2006 zijn overlegplatforms (veegploeg huisartsen, taskforces ziekenhuizen en fysiotherapie) ontstaan die werken aan operationele verbeteringen in het declaratieverkeer.

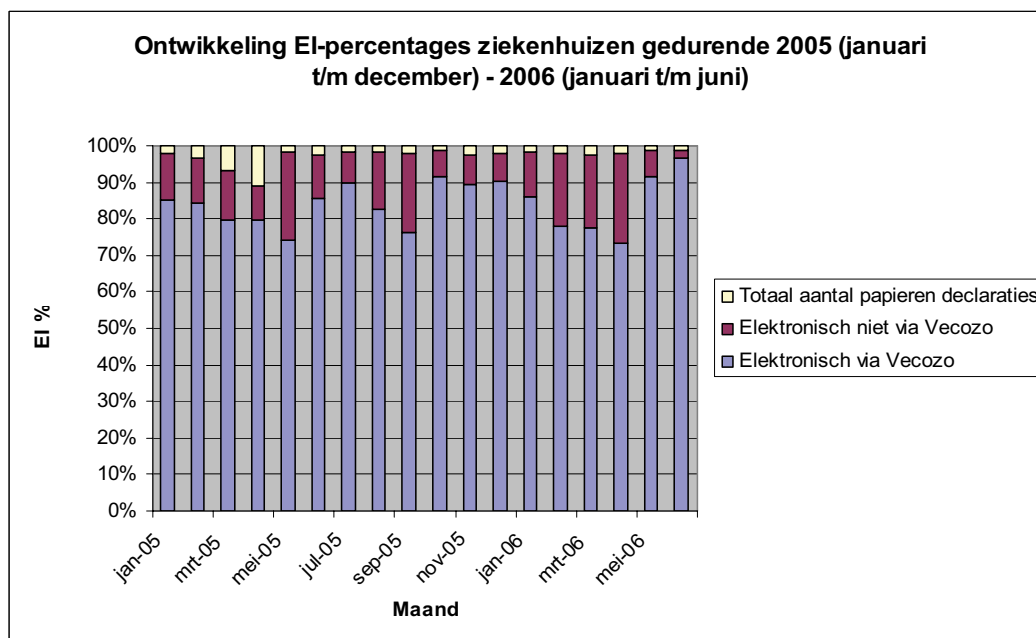
Effectieve logistiek

Voor een effectieve logistiek was het werken via één portaal essentieel. Zorgverleners kunnen dan al hun declaratieberichten in één keer aanbieden aan het portaal dat voor de distributie en communicatie naar de verzekeraars zorgt. In de programmaperiode is het portaal van VECOZO (VEILIGE COMMUNICATIE IN DE ZORG) doorontwikkeld naar het neutrale declaratieportaal in de zorg. VECOZO was voor de start van het programma al actief voor een aantal zorgverzekeraars. Alle zorgverzekeraars die digitale declaratieberichten kunnen leveren zijn bereikbaar via VECOZO voor COV- en declaratiediensten. Het aantal zorgverleners dat gebruik maakt van het portaal is in de afgelopen jaren enorm gegroeid. Dit blijkt wel uit de enorme groei van het aantal declaratiebestanden dat het portaal verwerkt in de programmaperiode. In de staafdiagrammen op pagina 9 en 10 wordt de ontwikkeling van het elektronisch declaratieverkeer zichtbaar. De beoogde doelstelling van 100 procent elektronisch komt steeds dichterbij, maar wordt nog niet gehaald aan het einde van het programma.

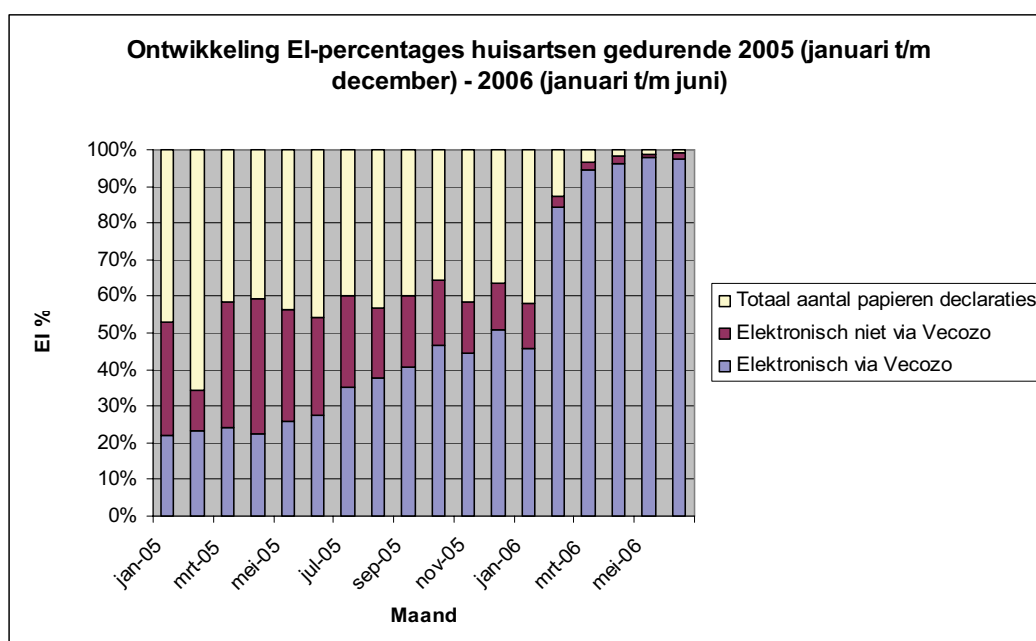
In het programma is een referentieproces voor het declaratieverkeer gemaakt. Het geeft richtlijnen voor een goede inrichting van het declaratieverkeer en scheidt voorwaarden om het aantal fouten te kunnen verminderen. Bij aanmelding controleert de zorgaanbieder de identiteit van de patiënt. Dit proces wordt ondersteund door het uitvoeren van een controle of en waar de patiënt is verzekerd (COV). Dit bericht kan aan het portaal worden aangeboden zonder dat de zorgaanbieder de verzekeraar hoeft te kennen. Op de behandeldatum controleert de zorgaanbieder opnieuw de verzekeringsstatus, omdat deze bepalend is voor de betaling van de declaratie door een verzekeraar. Het declaratiebericht, een bericht met een of meer declaratieregels, is per zorgsoort

Toelichting

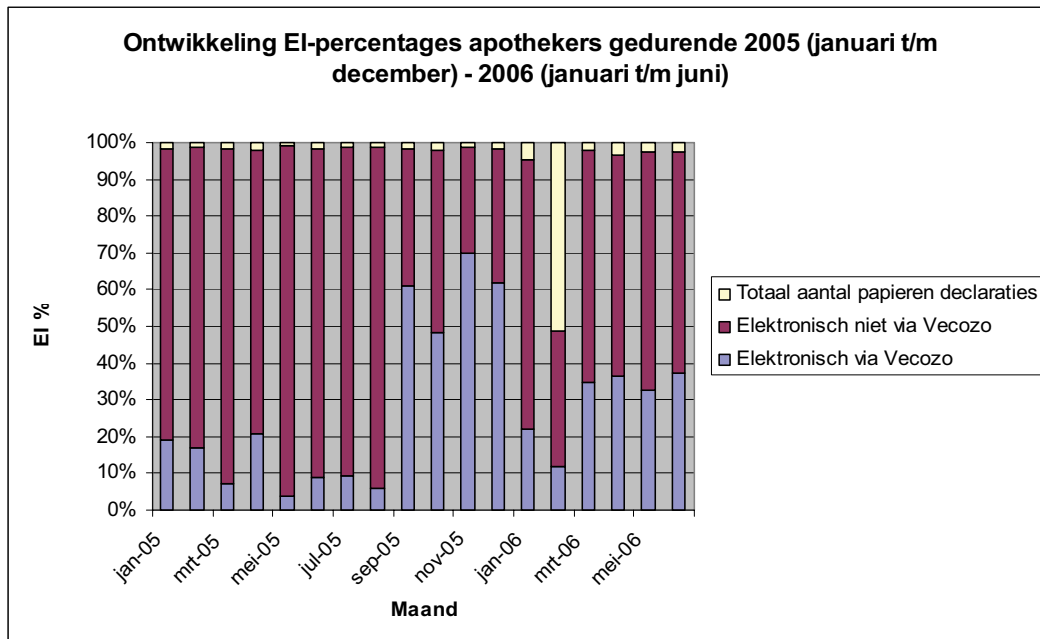
De staafdiagrammen zijn voor het jaar 2005 gebaseerd op gegevens van drie verzekeraars en voor het eerste half jaar 2006 op gegevens van één (grote/representatieve) verzekeraar



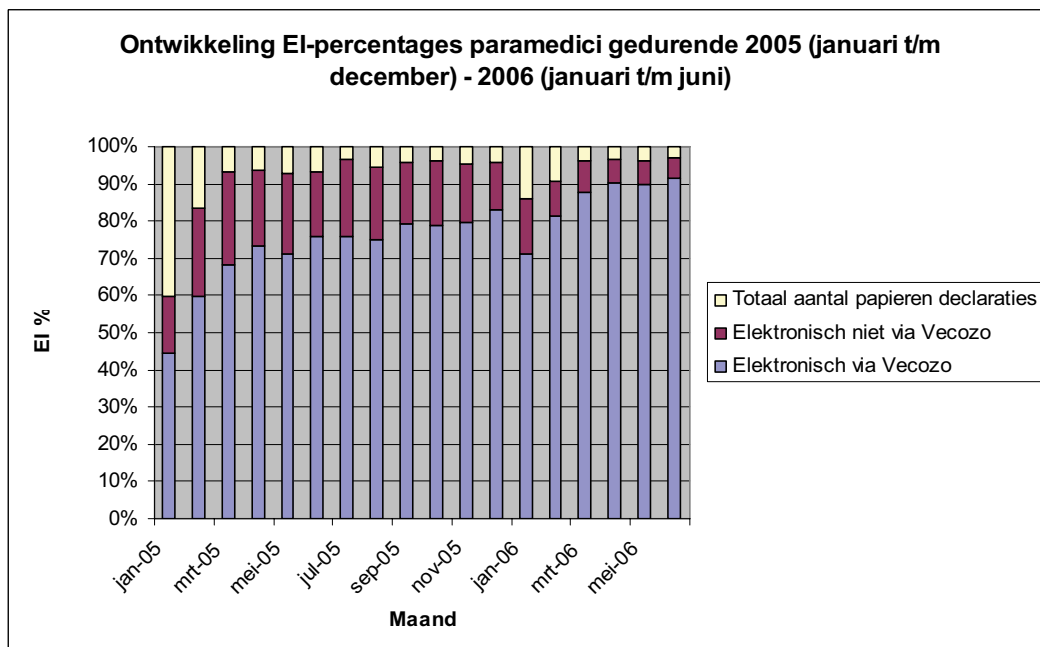
De daling van de EI-percentages van januari tot en met april 2006 is mogelijk een gevolg van het feit dat ziekenhuizen elektronische declaraties via VECOZO hebben achter gehouden/later hebben ingediend.



Sinds begin 2006 is een explosieve stijging van elektronisch declareren waarneembaar. Dit is een gevolg van de nieuwe financieringssysteem van de huisartsen. Gekoppeld aan de toename van het elektronisch declareren is een afname van papieren declaraties waarneembaar.



De daling van de EI-percentages in januari en februari 2006 is mogelijk een gevolg van het feit dat apothekers elektronische declaraties - al dan niet via VECOZO - hebben achter gehouden/ later hebben ingediend.



Er is een gestage toename van de EI-percentages via VECOZO en daaraan gekoppeld afname van papieren declaraties waarneembaar.

gestandaardiseerd. Het versturen van het bericht wordt met een sleutel beveiligd. Op het portaal worden de berichten doorgestuurd naar de verzekeraar waarvoor de declaratie is bestemd. Bij verzekeraars worden de declaratieregels gecontroleerd. Eventuele afwijkingen worden in een retourbericht aan de zorgaanbieder gemeld. Ook deze berichten worden via het portaal gerouteerd.

Effectief codebeheer

In het declaratieverkeer worden veel codestelsel gebruikt, bijvoorbeeld voor de identificatie van zorgverzekeraar en zorgaanbieder, voor informatie over verrichtingen en de daaraan gekoppelde prijzen. Voor de belangrijkste codestelsels in het declaratieverkeer zijn verbeterplannen gemaakt, veelal uiteenvallend in een korte- en een lange termijnplan. De korte termijn verbeteringen worden door de beheerder Vektis doorgevoerd. Voor de lange termijnontwikkelingen is het begrip interoperabiliteit in het declaratieverkeer uitgewerkt. Het zorgstelsel heeft alle kenmerken van een keten, waarin partijen van elkaar afhankelijk zijn. Dit maakt het noodzakelijk dat partijen op verschillende niveaus (technisch, semantisch en organisatorisch) hun werkzaamheden afstemmen. Dit principe zal worden gebruikt bij ontwerp en doorontwikkeling van de codestelsels.

Deze afstemming is niet statisch. De zorg en de werkzaamheden van partijen zijn aan verandering onderhevig. Het programma pleit er daarom voor om voor de zorg een instantie hiervoor verantwoordelijk te stellen. Hiervoor ontbreekt op dit moment een sturend orgaan in de zorg. Ook voor andere delen van de overheid is verdere standaardisatie een actueel onderwerp. De instelling van het standaardisatiecollege dat de interoperabiliteit voor de overheid als geheel moet vormgeven is daarvan een uiting.

Effectieve randvoorwaarden

- Conversiefunctie beleidsregels CTG naar declaratiestandaard

Een declaratieregule is gebaseerd op een verrichting (of DBC) met het daaraan gekoppelde tarief. Het stelsel van verrichtingen en DBC's is op zijn beurt gebaseerd op beleidsregels van het CTG (nu NZa – Nederlandse Zorgautoriteit). Zo'n beleidsregel is de uitkomst van onderhandelingen tussen de zorgkoepel en ZN (Zorgverzekeraars Nederland). In deze onderhandelingen is eenduidigheid niet altijd het streven. Eenduidigheid is wel noodzakelijk om conversieregels (vertaling van beleidsregel naar standaard) te kunnen vaststellen. Het besef is inmiddels gegroeid dat voor de implementatie van een beleidsregel tijd nodig is. Met name zorgverzekeraars koersen op een releasekalender en maken van een impactanalyse – voor het moment van implementatie - op de gevolgen van een nieuwe beleidsregel in het declaratieverkeer.

Verder is er meer aandacht gekomen voor een eenduidige interpretatie van de beleidsregel. In de ziekenhuissector is dit de verantwoordelijkheid van de SDO (Stichting DBC Onderhoud).

- *Certificering van de berichten; geen afwijkingen*

De nieuwe standaarden zijn technisch uniform geïmplementeerd. Voor de nieuwe declaratiestandaarden is een testportaal ontwikkeld waarmee zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen controleren of de implementatie technisch correct is uitgevoerd.

De ontwikkelde ketentest voor de implementatie van de nieuwe declaratiestandaard voor ziekenhuizen (2005), heeft ook functionele uniformiteit afgedwongen.

Een deel van de afwijzingsgronden van ingediende declaraties heeft betrekking op de complexer wordende polisvoorwaarden. Machtigingen, eigen bijdragen en maximale vergoedingsvoorwaarden zorgen voor specifieke afhandeling per zorgsoort, verrichting en verzekeraar. Verzekeraars zullen, per zorgsoort, meer gestandaardiseerde voorwaarden voor de indiening en afhandeling van declaraties gaan publiceren. Deze geven zorgverleners een houvast welke declaraties met welke betalingvoorwaarden door de zorgverzekeraar zullen worden afgedaan. Eén zorgverzekeraar heeft gekozen voor het direct ter beschikking gaan stellen van de betalingsvoorwaarden op het moment van de behandeling.

- *Machtigingen en betalingsvoorwaarden*

Een deel van de uitval in het declaratieverkeer komt doordat in polisvoorwaarden beperkende voorwaarden zitten. Zowel de overheid, die het pakket van de basisverzekering vaststelt, als de zorgverzekeraars voor de aanvullende verzekering voeren beperkende voorwaarden voor een aantal behandelingen in. Voor een aantal behandelingen moet vooraf toestemming worden gevraagd (machtiging). Dit instrument zorgt er wel voor dat de administratie complexer wordt met ook een toenemende kans op fouten bij het declareren. Door het programma is onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om het machtigingenproces te standaardiseren.

Verder hanteren zorgverzekeraars verschillende betalingsvoorwaarden, met beperking van het aantal behandelingen, eigen bijdragen en dergelijke. Ook dit compliceert het declaratieproces. Bij zorgverzekeraars is er aandacht voor deze problematiek. Meer en meer worden er per zorgsector praktische betalingsafspraken gemaakt. Een verzekeraar die deze weg niet wil volgen start een experiment met online declareren.

- *Beleidswijzigingen benut voor verbeteringen in het declaratieverkeer*

Gedurende de looptijd van het programma voltrokken zich in zorgland een aantal ingrijpende veranderingen.

De ziekenhuizen worden geconfronteerd met de invoering van DBC's. De invoering van de DBC's vereisten een nieuw declaratiebericht. De invoering hiervan is gebruikt om deze standaard uniform in te voeren. Als een van de instrumenten om dat te bereiken is een ketentest ontwikkeld. De ervaringen kunnen worden gebruikt om andere grootschalige veranderingen, zoals bij de invoering van het BSN, goed te laten verlopen en ook bij andere zorgsoorten uniformiteit te bevorderen en beperking van de hoeveelheid testen te bewerkstelligen.

Er komt een nieuwe bekostigingssystematiek voor huisartsen. De grote hoeveelheid declaraties kan alleen maar worden verwerkt als huisartsen massaal overstappen op elektronisch declareren. Na aanvankelijke invoeringsperikelen slagen huisartsen en zorgverzekeraars er in deze omslag voor elkaar te krijgen. Het is voor het eerst dat alle zorgverzekeraars een elektronisch declaratiebericht ondersteunen. Ook het retourbericht wordt inmiddels door bijna alle zorgverzekeraars ondersteund.

Per 1 januari 2006 wordt het nieuwe zorgstelsel een feit. De invoering zorgt voor veel verschuivingen in het landschap van zorgverzekeraars. Inmiddels heeft het COV een 100% dekking bereikt voor zowel de basis- als de aanvullende verzekering. Het feit dat de contractering tussen zorgverzekeraars en zorgverleners belangrijk instrument wordt zorgt voor een omvangrijke contractstroom. De zorg reageert hierop door te willen experimenteren met elektronisch contracteren.

De invoering van het Burgerservicenummer (BSN) is een kwestie van tijd. Het COV is al klaar voor het gebruik van het BSN. Nieuwe declaratieberichten zijn ontwikkeld. Het feit dat alle declaratieberichten moesten worden veranderd is aangegrepen om de declaratieberichten zo veel mogelijk te uniformeren.

De invoering van de DBC's en de nieuwe bekostigingssystematiek bij huisartsen hebben net als de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet veel invloed gehad op de aandacht voor het declaratieverkeer bij partijen en het samen werken aan praktische oplossingen voor allerlei operationele problemen die ontstonden. Het platform dat door het programma Declaratiecasus is ontstaan, bleek in tijden van nood een nuttig aanspreekpunt voor overheid en andere betrokkenen. Het directe contact tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gefaciliteerd door de koepels, bleek een goed instrument te zijn om problemen snel op te sporen en uit de wereld te helpen. Onder de hoede

van het programma doorbrak men patronen die in de bilaterale contacten tussen individuele zorgaanbieder en/verzekeraar waren gegroeid.

Het programma heeft ten aanzien van de strategie een koerswijziging moeten doorvoeren. De invoering van de Zorgverzekeringswet zorgde voor toenemende spanningen tussen zorgverzekeraars en een aantal zorgsectoren. Hierdoor kwam het afsluiten van convenanten tussen zorgverzekeraars en zorgkoepels over door te voeren verbeteringen in het declaratieverkeer op losse schroeven te staan. Inmiddels lijkt het er op dat voor ziekenhuizen en fysiotherapeuten er met zorgverzekeraars afspraken kunnen worden gemaakt over structurele doorontwikkeling van het declaratieverkeer.

Er wordt gewerkt aan een pilot voor het online kunnen declareren. Verder wordt er een ontwerp gemaakt voor een elektronisch contracteerproces tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat geldt ook voor het machtigingsproces dat voor sommige verrichtingen verplicht is.

Eindfase van het programma

Het programma Declaratiecasus heeft door de gemeenschappelijke inspanningen van betrokken partijen een flinke impuls gegeven aan de dekkingsgraad van elektronisch declareren in de zorg en de reductie van uitval. In het verleden bleek het ontbreken van een platform een snelle aanpak van gewenste ontwikkelingen vaak in de weg te staan. Met gevolg dat ieder zijn eigen pad koos, of een initiatief niet tot ontwikkeling kwam. Betrokken organisaties hebben ervaren dat een platform zin heeft en de keten beter kan laten werken. De verankering van de ervaringen en ontwikkelde wijze van samenwerking krijgt zijn beslag in een regiestructuur voor declaratieverkeer in de zorg. In het programma en straks in de regiestructuur kiezen partijen voor zelfregulering om de gestelde doelen te bereiken.

Overdracht aan regieorganisatie

Het elektronisch declaratieverkeer heeft een grote vlucht genomen. Het zorgt niet alleen voor een reductie van de kosten van het declaratieverkeer, maar het heeft de invoering van een aantal grote beleidswijzigingen sneller mogelijk gemaakt. Het is gebleken dat beleidswijzigingen sterk afhankelijk zijn van de operationele mogelijkheden.

De generieke voorzieningen (VECOZO en Vektis) hebben hun positie verder versterkt. De afhankelijkheid van het elektronisch betalingsverkeer en de beleidswijzigingen die nog zullen komen, maken het noodzakelijk om na afloop van het programma Declaratiecasus een bestuurlijke regiestructuur in te richten. Deze structuur wordt hierna regieorganisatie genoemd.

De regieorganisatie moet, door het commitment van de koepels, er voor zorgen dat de introductie en uitfasering van nieuwe releases van standaarden en codestelsels snel en eenduidig kan verlopen. Er wordt direct en pro-actief contact onderhouden met het ministerie van VWS, CVZ en NZa over operationele aspecten van (voorgenomen) beleidswijzigingen. Tevens is de regieorganisatie aanspreekpunt voor genoemde partijen. De regieorganisatie moet er voor gaan zorgen dat beleidswijzigingen op een beperkt aantal momenten in het jaar van kracht worden en dat er voldoende tijd is de beleidswijzigingen in de standaarden en codestelsels te verwerken. Door deze rol wordt de vertaling van beleidsregels in de standaarden en codestelsels eenduidiger en verloopt daardoor sneller. De regieorganisatie stelt de planning van de releasekalender vast en bewaakt de voortgang.

Daarnaast fungeert de regieorganisatie als escalatieniveau voor het oplossen van verschillen van inzicht over operationele kwesties in het declaratieverkeer. Deze rol vloeit voort uit de ontwikkelde werkwijze bij de veegploeg huisartsen en taskforces ziekenhuizen en fysiotherapie. De functie wordt gevoed door meldingen die binnenkomen via de helpdesk voor zorgverleners en zorgverzekeraars bij VECOZO.

De regieorganisatie wordt gevormd door bestuurders van zorgkoepels en ZN. Zorgkoepels en ZN maken de afspraken over deze structuur voor de periode van 2 jaar, waarna een evaluatie zal plaatsvinden.

De regieorganisatie kent twee niveaus: een strategisch (regiegroep) en een tactisch niveau (coördinatiegroep). Voor het verder doorvoeren van verbeteringen in het operationele declaratieverkeer zullen de taskforces voorlopig worden gecontinueerd.

De regieorganisatie heeft de volgende taken:

- Organiseert besluitvorming over de implementatie van nieuwe standaarden en codestelsels.
- Ziet toe op eenduidige implementatie en gebruik van standaarden en codestelsels.
- Spreekt partijen aan op een goed en eenduidig gebruik van de declaratiediensten.
- Spreekt met het ministerie van VWS, CVZ en NZa over de operationele aspecten van beleidswijzigingen.
- Introduceert releasemanagement voor beleidswijzigingen die effect hebben op het declaratieverkeer.
- Ziet toe op de goede uitvoering van de releasekalender.
- Coördineert de communicatie naar het veld over relevante ontwikkelingen in het declaratieverkeer.

De komende maanden (4^e kwartaal 2006 – eerste helft 2007) zullen de volgende onderwerpen op de agenda van de regieorganisatie staan:

- De implementatie van de nieuwe declaratiestandaarden waarmee ook het BSN in het declaratieverkeer wordt geïntroduceerd.
- De introductie van de nieuwe declaratiestandaard voor apothekers.
- Maken van afspraken met onder meer ziekenhuizen, huisartsen en fysiotherapeuten over structurele verbeteringen van het declaratieverkeer.
- Volgen van de afgesloten declaratieconvenanten en voortzetting van de taskforces die operationele knelpunten aanpakken.
- Introductie van betaalafspraken; betalingsvoorwaarden van verzekeraars voor declaraties.
- Standaardiseren van het machtigingenverkeer
- Uitwerking van de interoperabiliteit in het declaratieverkeer.
- Bouw van AGB² nieuwe stijl, vormgeving van TOG³/IFM⁴ nieuwe stijl.

² Algemeen Gegevens Beheer-Zorgverleners (AGB) is een database waarin gegevens van artsen en andere zorgverleners in Nederland staan geregistreerd. Deze registratie omvat, naast de algemene persoons- en praktijkinformatie, ook gegevens die van belang zijn voor het communicatie- en declaratieproces tussen zorgverlener en zorgverzekeraar.

³ Het Tariefinformatiesysteem Organen Gezondheidszorg (TOG) is een informatiesysteem waarin instellingstarieven van zorgverlenende instellingen en de prestaties en tarieven van medische beroepen (voorheen TMB) zijn opgenomen.

⁴ Het Informatiesysteem Farmaceutische Middelen (IFM) is opgezet om zorgverzekeraars te ondersteunen bij de afhandeling van declaraties van geneesmiddelen.

Bijlage

Deelnemers stuurgroep Programma Declaratiecasus

Karel van Laarhoven, voorzitter (CVZ)
- in 2006 opgevolgd door Marcel van Brouwershaven (CVZ)
Mickey Adriaansens (KNGF) - aangesloten in 2005
Martin Bontje (directeur ZN)
Hans Borgsteede (bestuur NVZ)
Gert Jan van Boven (NICTIZ)
Luc Hoppen (CTZ)
Rob Looij (programmamanager)
Hans Maas (VWS, gedelegeerd opdrachtgever)
- in 2005 opgevolgd door Rob van Putten (VWS)
Nico Oudendijk (VWS) - in 2006 uit de stuurgroep

Deelnemers programmacommissie

Rob Looij (programmamanager)
Mart Flink (Klankbordgroep) - aangesloten in 2004
Gerard van der Hoorn (NICTIZ)
Leo Jetten (NVZ)
- in 2005 opgevolgd door Bert Osseman (NVZ)
- in 2006 opgevolgd door Arjan Windhorst (NVZ)
Wim Komrij (CTZ)
Eric Peters (VAZ) - aangesloten in 2004
Jan Poelert (directie Zorgverzekeringen, VWS)
Bert Ramakers (CVZ)
Joppe van der Reijden (LHV)
Nico Rozing (CVZ)
Rob Stadt (KNGF) - aangesloten in 2005
Hanny van Tol (ZN)

Deelnemers projectleidersoverleg

Rob Looij (programmamanager)
Erwin van Dongen (VECOZO) - 2005 project afgerond
Peter Gouw
- vanaf 2005 ondersteuning stuurgroep, programmacommissie en projectleidersoverleg
- in 2006 opgevolgd door Jasper Godschalk
Reinier van der Hoek (NICTIZ) - 2005 project afgerond
Peter Jansen (ZN)
Cyrille de Jong (ZN)
Mark van de Logt
Ellen Mudde
- in 2005 opgevolgd door Petra van Baak - 2006 project afgerond
Caj Oosters - vanaf 2005 projectleider implementatie zorgaanbieders
Ans Röling - vanaf 2005 communicatieadviseur

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

